



EN RAPPORT FRA

VIDENSRÅD FOR FOREBYGGELSE
KRISTIANIAGADE 12
2100 KØBENHAVN Ø

VFF@DADL.DK
WWW.VIDENSRAAD.DK

BØRN OG UNGES MENTALE HELBRED

AF
PERNILLE DUE
FINN DIDERICHSEN

CHARLOTTE MEILSTRUP
MERETE NORDENTOFT

CARSTEN OBEL
ANNELLI SANDBÆK



EN RAPPORT FRA

VIDENSRÅD FOR FOREBYGGELSE
KRISTIANIAGADE 12
2100 KØBENHAVN Ø

VFF@DADL.DK
WWW.VIDENSRAD.DK

BØRN OG UNGES MENTALE HELBRED

**FOREKOMST AF PSYKISKE SYMPTOMER OG
LIDELSER OG MULIGE FOREBYGGELSESDSATSER**

AF

PERNILLE DUE
FINN DIDERICHSEN

CHARLOTTE MEILSTRUP
MERETE NORDENTOFT

CARSTEN OBEL
ANNELLI SANDBÆK

BØRN OG UNGES MENTALE HELBRED
FOREKOMST AF PSYKISKE SYMPTOMER OG
LIDELSER OG MULIGE FOREBYGGELSESDSATSER

Udarbejdet af Pernille Due
 Finn Diderichsen
 Charlotte Meilstrup
 Merete Nordentoft
 Carsten Obel
 Anneli Sandbæk

Fagredaktion af Kirstine Krogholm

Rapporten kan frit downloades på
www.vidensraad.dk

ISBN 978-87-997519-1-4

Design af b14

Publikationsår 2014

1. udgave

Rapporten refereres Due P, Diderichsen F, Meilstrup C,
 Nordentoft M, Obel C, Sandbæk A.
 Børn og unges mentale helbred.
 Forekomst af psykiske symptomer og
 lidelser og mulige forebyggelses-
 indsatser. København: Vidensråd for
 Forebyggelse. 2014:1-184.

FORORD	5
KOMMISSORIUM OG ARBEJDSGRUPPENS SAMMENSÆTNING	7
HOVEDKONKLUSIONER	11
METODE OG LÆSEVEJLEDNING	19
1 INDLEDNING	23
2 BØRN OG UNGES KOGNITIVE UDVIKLING	37
3 SELVVURDERET HELBRED OG LIVSTILFREDSHED	43
3.1 SELVVURDERET HELBRED	44
3.2 LIVSTILFREDSHED	48
4 PSYKISKE HELBREDSPROBLEMER	57
4.1 PSYKISKE SYMPTOMER	58
4.2 PSYKOSOMATISKE SYMPTOMER	65
4.3 MEDICINFORBRUG	73
4.4 STRESS	77
4.5 SØVNPROBLEMER	82
4.6 ENSOMHED	87
4.7 SELVSKADENDE ADFÆRD	91
5 PSYKISKE LIDELSER	105
5.1 OPMÆRKSOMHEDS- OG HYPERAKTIVITETSFORSTYRRELSER (ADHD)	107
5.2 AUTISME-SPEKTRUM-FORSTYRRELSER	113
5.3 EMOTIONELLE LIDELSER	117
5.4 ADFÆRDSFORSTYRRELSER	121
5.5 SPISEFORSTYRRELSER	124
5.6 PSYKOSER	127
5.7 SELVMORD OG SELVMORDSADFÆRD	131
6 ÅRSAGER OG FOREBYGGELSESPOTENTIALE	149
SUMMARY	165
ORDLISTE	173
APPENDIKS 1 RAPPORTENS DATAGRUNDLAG	177

FORORD

Psykiske symptomer og lidelser udgør en vigtig del af sygdomsbyrden blandt børn og unge, og problemer af psykisk karakter tidligt i livet kan medføre psykiske helbredsproblemer senere i livet. Det mentale velbefindende har betydning for, hvordan børn og unge klarer kravene i skolen, fungerer i sociale sammenhænge og på arbejdsmarkedet senere hen. Dermed spiller tidlige psykiske symptomer og lidelser en rolle både for helbred og for den sociale ulighed i sundhed, som findes senere i livet.

Det debatteres hyppigt, hvorvidt der er en reel stigning i forekomsten af psykiske problemer blandt danske børn og unge. Vidensråd for Forebyggelse har i denne rapport kortlagt de sidste 20 års udvikling i danske børn og unges mentale helbred på baggrund af de tilgængelige danske undersøgelser.

Der er sparsom viden om årsagerne til psykiske helbredsproblemer hos børn og unge, ligesom der er begrænset dokumentation for, hvilke metoder og indsatser vi skal anvende for at forbedre det mentale helbred blandt børn og unge. Denne rapport har anvendt dansk og international videnskabelig litteratur til at identificere de vigtigste faktorer af betydning for børn og unges mentale helbred og diskuterer på baggrund heraf konsekvenser og mulige indsatsområder.

Rapporten henvender sig særligt til professionelle og interessenter indenfor sundheds-, undervisnings-, og socialsektoren, som i det daglige arbejder med børn og unge. Det er vores håb, at den vil være med til at skabe debat og øget fokus på vigtigheden af forebyggelse og tidlig opsporing af psykiske problemer blandt børn og unge. Det er en af de mest omkostningseffektive og langsigtede investeringer et samfund kan foretage.

Morten Grønbæk

Formand for Vidensråd for Forebyggelse

KOMMISSORIUM OG ARBEJDSGRUPPENS SAMMENSÆTNING

Mentalt helbred er ligesom fysisk helbred et væsentligt fundament for at sikre individers trivsel, arbejdsevne og overlevelse på kort og lang sigt. Nyere undersøgelser peger på, at børn og unge har fået dårligere mentalt helbred, blandt andet afspejlet i et øget antal unge kvinder, der forsøger selvmord og et øget medicinforbrug blandt børn og unge. Langt de fleste psykiske lidelser debuterer i ungdomsårene. Dette gælder f.eks. for emotionelle lidelser som depression og angst. Det er vigtigt med en tidlig indsats, hvis der skal ske en bedring i det mentale helbred i befolkningen. Der er desuden for langt de fleste symptomer og lidelser en udtalt social slagside med hensyn til dårligt mentalt helbred. Der mangler viden om forekomst og udvikling samt om baggrunden for udviklingen af godt og dårligt mentalt helbred.

Vidensråd for Forebyggelse ønsker at vurdere de tilgængelige undersøgelsesresultater på området med henblik på at kortlægge udvikling, fordeling (køn, alder og socioøkonomisk gruppe) og forekomst af dårligt mentalt helbred hos børn og unge samt at identificere de vigtigste muligheder for forebyggelse. Arbejdet koncentrerer sig om forekomsten blandt børn og unge i alderen 10-24 år og udviklingen gennem de sidste 20 år.

Arbejdsgruppens formand er udpeget af formandskabet for Vidensråd for Forebyggelse, mens arbejdsgruppens medlemmer er udpeget i fællesskab af formanden for arbejdsgruppen og formandskabet for Vidensråd for Forebyggelse. De er valgt på baggrund af deres faglige kompetencer inden for de emner, som rapporten indeholder:

- › Pernille Due (formand for arbejdsgruppen), professor, dr.med., Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- › Finn Diderichsen, professor, dr.med., speciallæge i socialmedicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.
- › Charlotte Meilstrup, ph.d.-studerende, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- › Merete Nordentoft, professor, dr.med., ph.d., MPH, Københavns Universitet, Psykiatrisk Center København, Region Hovedstadens Psykiatri.
- › Carsten Obel, professor, ph.d., speciallæge i almen medicin, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, overlæge hos Komiteen for Sundhedsoplysning.
- › Anneli Sandbæk, professor, ph.d., speciallæge i almen medicin, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.

Habilitetserklæringer for arbejdsgruppens medlemmer er tilgængelige ved henvendelse til Vidensråd for Forebyggelses sekretariat.

Konsulent, ph.d. Kirstine Suszkiewicz Krogholm fra Vidensråd for Forebyggelses sekretariat har fungeret som projektleder og fagredaktør for arbejdsgruppen.

Arbejdsgruppen ønsker at takke:

- › Jon Busck Arnfred, speciallæge i almen medicin, socialoverlæge, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet for udarbejdelse af afsnittene om ADHD og adfærdsforstyrrelser samt for diskussion af kapitel 5.
- › Vibeke Koushede, post. doc., ph.d., Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for udarbejdelse af afsnittet om medicinforbrug samt for diskussion af kapitel 3 og 4.
- › Kathrine Bang Laursen, ph.d.-studerende, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, for udarbejdelse af afsnittet om autisme-spektrum-forstyrrelser samt for diskussion af kapitel 5.
- › Katrine Rich Madsen, ph.d.-studerende, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for udarbejdelse af afsnittene om søvn og ensomhed samt for diskussion af kapitel 3 og 4.
- › Susanne Hvolgaard Mikkelsen, ph.d.-studerende, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, for udarbejdelse af afsnittet om emotionelle lidelser samt for diskussion af kapitel 5.
- › Line Nielsen, ph.d.-studerende, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for udarbejdelse af afsnittene om livstilfredshed og stress samt for diskussion af kapitel 3 og 4.
- › Annette Erlangsen, MA, ph.d., seniorforsker ved Forskningsenheden på Psykiatrisk Center København, for udtræk og analyse af data i kapitel 5.7.
- › Katrine Finke, cand. scient. san., projektleder, Psykiatrifonden, for faglig kommentering af rapporten.
- › Phillipe Grandjean, professor, dr.med. Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet, for fagligt input til afsnit om prænatale risikofaktorer for det mentale helbred.
- › Bjørn Holstein, professor, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for faglig kommentering af rapporten.
- › Jeppe Warberg Larsen, cand. scient., BOAS Specialisterne, Aarhus Universitet, for udtræk og analyse af data i figur 5.4 samt for diskussion af kapitel 5.
- › Anita Tønder Nielsen, forskningsassistent, cand. scient., Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, for dataudtræk og analyse samt for diskussion af kapitel 5.
- › Charlotte Rask, overlæge, ph.d., Center for Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitet, for faglig kommentering af rapporten.
- › Per Hove Thomsen, professor, dr.med., Institut for Klinisk Medicin - Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter, Risskov, for faglig kommentering af rapporten og udarbejdelse af tekst om OCD.

Andre bidragsydere som arbejdsgruppen ønsker at takke:

- › Mogens Trab Damsgaard, lektor, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for faglig kommentering af rapporten.
- › Jin Liang Zhu, læge, lektor, ph.d., Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, for udtræk og analyse af data i tabel 5.1 og figur 5.2 samt for diskussion af kapitel 5.

HOVEDKONKLUSIONER

Nationalt og internationalt har der de seneste år været en stigende erkendelse af den mentale sundheds betydning for individets almene velbefindende og helbredsudvikling og for individets mulighed for at klare sig godt socialt, uddannelsesmæssigt, arbejdsmæssigt og økonomisk. God mental sundhed og et godt mentalt helbred (se definitioner heraf i kapitel 1) er et vigtigt fundament for trivsel og velvære hos børn og unge, og dermed et grundlag for en sund personlig, læringsmæssig og social udvikling. Desuden udgør mentale helbredsproblemer i denne periode af livet en meget stor del af sygdomsbyrden hos børn og unge, og behovet for at sikre forebyggelse og behandling af disse er derfor påtrængende.

Den stærke kobling mellem mentale helbredsproblemer tidligt i livet og forekomsten af senere psykiske symptomer eller lidelser er et andet væsentligt incitament til at beskæftige sig med dette felt. Et dårligt mentalt helbred bidrager til at kompromittere muligheden for uddannelse og job hos unge og bidrager til at øge den sociale ulighed i samfundet i den udstrækning, at socialt svage unge er særligt udsatte for at have et dårligt mentalt helbred.

Vi forholder os i rapporten alene til mentale helbredsproblemer på trods af, at vi anerkender, at mental sundhed og de positive dimensioner af det mentale helbred sandsynligvis er en ligeså afgørende faktor for at sikre trivsel og udvikling hos børn og unge. De positive dimensioner bidrager for eksempel til at give barnet og den unge den ro-busthed, barnet eller det unge menneske skal have for at klare sig godt igennem hverdagen og livets udfordringer, og for at lære og vokse af mødet med disse, frem for at bukke under. Disse positive

dimensioner bliver dog endnu ikke monitoreret i udstrakt grad, og der er derfor ikke landsdækkende undersøgelser med brug af sammenlignelige mål på dette felt, hvilket har været den væsentligste årsag til rapportens fokus på helbredsproblemer snarere end sundhed i positiv forstand.

Formålet med rapporten er med baggrund i publicerede danske videnskabelige undersøgelser at kortlægge forekomst, fordeling og de sidste 20 års udvikling i mentalt helbred hos unge mellem 10-24 år i Danmark. Rapporten søger derudover at identificere de vigtigste faktorer af betydning for unges mentale helbred og diskuterer konsekvenser og mulige indsatsområder.

Nedenfor følger først en kort samlet konklusion på hver enkelt af de symptomer og lidelser, som vi har kortlagt forekomsten og fordelingen af i denne rapport. En samlet konklusion på baggrund af dette arbejde samt vores perspektiver herpå er at finde som afslutning på dette afsnit.

Selvvrurderet helbred

Mellem 77-95 % af børn og unge mellem 10-24 år oplever, at de har et godt eller et meget godt helbred og meget få, under 3 %, oplever, at de har et dårligt helbred. Der er lidt flere piger end drenge som har dårligt helbred, men forekomsten er som sagt lav hos både piger og drenge. Der er en højere andel blandt 15-24-årige, som vurderer deres helbred som godt sammenlignet med de 10-15-årige, og der er en større andel af børn i de højeste socioøkonomiske grupper, som oplever at have et godt helbred. Der har gennem de sidste 20 år været et betydeligt fald i andelen af 11-15-årige børn, som angiver deres helbred som meget godt,

særligt blandt større skolebørn. Der er ikke fundet nogen ændring i andelen med godt selv vurderet helbred hos 16-24-årige i samme tidsperiode.

Livstilfredshed

Mellem 6-20 % af de 11-15-årige oplever at have lav grad af livstilfredshed, mens 31-42 % i samme aldersgruppe er meget tilfredse med deres liv. Der er flere blandt de yngste af de 10-24-årige, som oplever at have høj livstilfredshed. Endelig er der en større andel af børn og unge i de laveste socioøkonomiske grupper, som har lav livstilfredshed, og andelen af 11-15-årige børn, som har høj livstilfredshed, har været faldende de sidste 10 år.

Psykiske og psykosomatiske symptomer

Forekomsten af psykiske (ked af det, irriteret/i dårligt humør og nervøs) og psykosomatiske symptomer (hovedpine, mavepine) er relativt høj blandt de 10-16-årige. Den ugentlige forekomst for hvert af disse symptomer ligger mellem 10-50 %. Forekomst af symptomerne er i danske undersøgelser højere blandt piger og unge kvinder, sammenlignet med drenge og unge mænd. For symptomerne ked af det og mavepine aftager forekomsten med alderen. Derimod stiger forekomsten af irriteret og hovedpine med alderen. Alle symptomer undtagen mavepine viser sociale forskelle med den højeste forekomst af symptomer i lave socioøkonomiske grupper. Kortlægningen af de sidste 20 års udvikling i de psykiske og psykosomatiske symptomer blandt 16-24-årige vanskeliggøres af ændringer i undersøgelsesmetoder og spørgsmålsformuleringer, men flere end tidligere svarer, at de er generet af nervøsitet og stress. Blandt de 11-15-årige er der de sidste 20 år blevet færre, som ofte er kede af det og irriteret, og færre blandt de yngste af de undersøgte skolebørn oplever ofte at have hovedpine. Der er ingen ændring i forekomsten af nervøsitet og mavepine blandt de 11-15-årige over de sidste 20 år.

Medicinforbrug

Mange børn og unge anvender hyppigt medicin. Mellem 34-60 % af 11-15-årige bruger medicin mod hovedpine mindst en gang om måneden, med den højeste forekomst hos de 15-årige. Flere piger end drenge bruger medicin mod symptomer, og kønsforskellen tiltager med alderen. Medicinforbruget er højest blandt børn og unge fra de lavere socioøkonomiske grupper. Sandsynligheden for at bruge medicin mod hovedpine er 35 % højere blandt børn fra lav sammenlignet med børn fra høj socioøkonomisk gruppe. Fra 1988 til 2010 har der været en stigning i andelen af 11-15-årige børn og unge, der anvendte medicin f.eks. med en fordobling af forbruget af medicin mod hovedpine. Der eksisterer ikke tal, som kan vise udviklingen i medicinforbrug blandt 16-24-årige over de sidste ca. 20 år.

Stress

Næsten hver femte i 10-24 års alderen føler sig ofte stresset. Mens hver fjerde oplever stress mindst ugentligt, har mellem 1-8 % af de unge denne følelse dagligt. Forekomsten af stress stiger med alderen, og flere piger end drenge oplever at føle sig stressede. I de laveste socioøkonomiske grupper er forekomsten ca. dobbelt så høj som i de højeste socioøkonomiske grupper. Forekomsten af stress i alderen 16-24 år blev fordoblet i årene 1987-2005, mest udtalt for de unge kvinder, og forekomsten steg yderligere mellem 2010 og 2013 for de unge kvinder mellem 16-24 år.

Søvn

Der er blandt børn, og især blandt unge, en stor andel der sover mindre end det anbefales. Eksempelvis sover 75 % af 15-årige mindre end de anbefalede mindst 8 timer pr. nat. Også søvnkvaliteten (f.eks. evnen til at falde i søvn, og oplevelsen af træthed) er negativt påvirket blandt børn og unge. Hver tiende 11-15-årig sover dårligt

om natten mindst én gang om ugen, og ca. hver fjerde har svært ved at falde i søvn. Der er ikke en tydelig social ulighed i forekomsten af søvnproblemer, men uligheden er belyst i beskedent omfang. Udviklingen viser en markant stigning i perioden fra 1984 til 2010 i andelen af 11-15-årige, som sover mindre end anbefalet. Samme stigende tendens ses for en række andre søvnrelaterede problemer. Eksempelvis var det i 1988 ca. hver tredje skoleelev, som var træt om morgenen mindst én gang om ugen, mens det i 2010 var ca. tre ud af fire. Også blandt de 16-24-årige er andelen med søvnproblemer og træthed steget voldsomt.

Ensomhed

Mellem 5-18 % af børn og unge i Danmark føler sig ensomme. Forekomsten er højest blandt pigerne, og den stiger gennem barndommen og ungdommen. Der er en tendens til, at ensomhed blandt børn og unge er højest i de laveste socioøkonomiske grupper. Forekomsten af ensomhed blandt unge har ikke ændret sig fra 1988 til 2010, hverken samlet eller i undergrupper fordelt på køn og alder.

Selvskade

Nye danske spørgeskemaundersøgelser viser, at mellem 20-25 % af unge har prøvet at skade sig selv. Der er ikke den store forskel på, hvor mange piger og drenge, der har prøvet at skade sig, men drengene ser ud til at skade sig hyppigere end pigerne. Der mangler viden om det sociale mønster for selvskade, men der er studier, der peger på, at hyppigheden af selvskade er højere hos unge med en traumatisk barndom, hos unge der er homoseksuelle, og hos unge der har en sårbar karakter eller en psykiatrisk diagnose. Tilstanden kaldes den "nye psykiske lidelse", dog er der ikke sikkerhed for en stigning i andelen af tilfælde af tilstanden over de sidste 20 år.

ADHD

ADHD regnes for at være den hyppigste børnepsykiatriske diagnose. Blandt 10-24-årige i Danmark i dag vurderes, at ca. 5 % blandt drenge og 2 % blandt piger har fået diagnosen under opvæksten. Internationale undersøgelser vurderer, at 3-5 % opfylder de diagnostiske kriterier. Diagnosen ADHD er hyppigere blandt drenge, men ADHD-symptomer rapporteres lige hyppigt af drenge og piger i teenagealderen. Der er flere i lav socioøkonomisk gruppe, som diagnosticeres med ADHD. Forekomsten vurderet ved diagnosticering viser en mangedobling over de seneste 15 år, og i Danmark har der været mindst en tidobling i medicinering for ADHD gennem de sidste 10 år. Det er usikkert, i hvilken grad der er sket en reel stigning i forekomsten, eller om den stigende forekomst skyldes administrative forhold af organisatorisk art, som f.eks. ændret kommunal praksis og øget kapacitet i børnepsykiatrien.

Autisme-spektrum-forstyrrelser

Autisme er en af de alvorligste psykiske udviklingsforstyrrelser blandt børn og unge. Igennem de sidste 20 år har der været en stigning i diagnosticerede tilfælde fra nogle få promille til omkring én procent. Stigningen skyldes formodentlig primært udvikling i diagnostisk praksis og behandlingsmæssig kapacitet. Autisme er fire gange hyppigere hos drenge end hos piger. Udenlandske studier har vist en højere forekomst af autisme hos familier med høj socioøkonomisk status, men sammenhængen kan være udtryk for en ulige adgang til sundhedssystemet. I Danmark er der ikke tegn på større social skævhed i relation til denne diagnose.

Emotionelle lidelser

Emotionelle lidelser omfatter angst og depression, som ofte beskrives sammen hos børn og unge, og obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD) klassificeres også i denne gruppe. Forekomsten af emotionelle

lidelser blandt børn og unge i Danmark er sparsomt beskrevet, men angst- og depressionsforekomsten angives til at ligge mellem ca. 1,5 % og 4 %, og OCD-forekomsten mellem 0,5 % og 4 % i normalklasser. Der er sket en stigning i både affektive lidelser (depression og mani) samt i andelen af børn og unge med diagnosticerede angstproblemer over tiden. Angstsymptomer manifesterer sig hyppigst i barndommen sammenlignet med depressive symptomer, der oftest debuterer i puberteten. Undersøgelser har vist, at børn og unge, der vokser op i familier med lavere socioøkonomisk status oftere har emotionelle problemer. Der er ikke undersøgelser, der afdækker, om der er sket en udvikling i forekomsten af OCD, og det vides heller ikke, om OCD-forekomsten varierer med socioøkonomisk gruppering.

Adfærdsforstyrrelser

Begrebet adfærdsforstyrrelser dækker et ret bredt spektrum af forskellige former for asocial adfærd. Dette er med til at gøre det vanskeligt at estimere forekomsten. Der findes derfor ikke valide tal for forekomsten i Danmark. Undersøgelser i andre vestlige samfund har resulteret i estimerede hyppigheder for egentlige adfærdsforstyrrelser på 1-5 % for piger og 4-14 % for drenge, når fokus er på aldersintervallet 10-24 år. Der er grund til at tro, at forekomsten generelt undervurderes hos piger, da en del problematisk adfærd her kan fremstå mindre iøjnefaldende for voksne. Der er ikke danske tal, som dokumenterer udviklingen i forekomsten over tid, men internationale undersøgelser peger på en nogenlunde konstant forekomst af adfærdsforstyrrelser igennem de seneste par årtier. Adfærdsforstyrrelser forekommer oftere i de laveste socioøkonomiske grupper.

Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er hyppigst forekommende hos piger og unge kvinder. Anoreksi optræder hos

ca. 0,5 % danske piger og unge kvinder, 2 % har bulimi og 3 % lider af overspisning. Forekomsten af anoreksi og bulimi hos drenge og mænd er væsentligt lavere end hos piger og kvinder, formentlig forholdet 1:10. Om sygdommene specielt findes hos børn og unge fra familier med en specifik social profil er ikke beskrevet. Danske undersøgelser peger på, at forekomsten af bulimi og anoreksi er steget gennem 90'erne og starten af 2000-tallet. Der er ikke undersøgelser, der dokumenterer de seneste 10 års udvikling i de enkelte spiseforstyrrelsesdiagnoser. Ser man samlet på diagnosen spiseforstyrrelser, har der i perioden 2001-2011 været en klar øgning i antallet af børn og unge, der er behandlet enten ambulant eller ved indlæggelse. Det er usikkert om øgningen afspejler, at flere får sygdommen, eller at flere er alvorligere ramt, og/eller at flere bliver behandlet i sundhedssektoren end tidligere.

Psykose

De mest almindelige symptomer ved psykose er hørelsesshallucinationer og forfølgelses-forestillinger. De såkaldte negative symptomer, dvs. social tilbagetrækning, svækket energi, interesse og handlekraft, er sammen med nedsatte kognitive funktioner de mest betydningsfulde for prognosen. I 2012 blev 0,1 % af unge i alderen 10-24 år, indlagt eller kom i kontakt med psykiatriske ambulante enheder pga. udvikling af psykose, og tallet er blevet fordoblet det sidste årti, muligvis fordi behandlingsmulighederne er blevet bedre og behandlingskapaciteten udvidet betydeligt. Ca. 40 % flere unge drenge og mænd udvikler psykose, sammenlignet med piger. Der er undersøgelser, der tyder på, at der er flere fra både høje og lave socioøkonomiske grupper, som kommer i behandling for psykose. Den tidlige indsats og opmærksomhed på komplicerende misbrug er afgørende i forhold til forebyggelse af, at sygdomsforløbet bliver kronisk.

Selvmondsadfærd

Selv mord er sjældent blandt børn og unge. De seneste år har der i aldersgruppen 10-24 år været ca. 30 selvmord årligt i Danmark. Der er tre gange så mange fuldbyrdede selvmord blandt drenge og unge mænd som blandt piger og unge kvinder, og forekomsten stiger med stigende alder. Antallet af selvmord er faldet med ca. 70 % fra 1980 til 2010. Derimod er forekomsten af selvmordsforsøg større blandt piger og unge kvinder end blandt drenge og unge mænd. I løbet af de sidste årtier har forekomsten været stigende for begge køn, men mest udtalt blandt unge piger, hvor antallet af selvmordsforsøg har været tredoblet. Selvmord og selvmordsforsøg er mest udbredt i de laveste socioøkonomiske grupper.

Årsager og forebyggelsespotentialer

Den negative udvikling vi finder i en række symptomer og lidelser indenfor børn og unges mentale helbred har umiddelbare konsekvenser for den unge og for familien omkring dem. På sigt kan udviklingen desuden have alvorlige konsekvenser for de unges sociale og uddannelsesmæssige muligheder og for deres tilknytning til og succes på arbejdsmarkedet. Det er derfor afgørende, at der sættes ind med mere målrettede indsatser for at forbedre det mentale helbred blandt børn og unge i Danmark.

Der er god dokumentation for at børn og unge har en forøget risiko at udvikle mentale helbredsproblemer hvis de:

- › vokser op i fattigdom,
- › vokser op med forældre som har psykiske lidelser eller misbrug,
- › er udsat for omsorgssvigt, overgreb eller mishandling,
- › har dårlig følelsesmæssig kontakt med forældre de første 18 måneder i livet,

- › selv er eller deres forældre er flygtninge som har haft traumatiserende oplevelser,
- › er marginaliserede eller socialt isolerede i forhold til lokalsamfund eller skole,
- › selv eller familien er udsatte for mange sociale belastninger og voldsomme livshændelser.

Indsatser, der skal virke forebyggende overfor udviklingen af mentale helbredsproblemer hos børn og unge, bør handle om både at reducere forekomsten af ovennævnte risikofaktorer for mentale helbredsproblemer, om at mindske sårbarheden overfor de pågældende risikofaktorer og om at opsøge og behandle tidlige symptomer og stadier. Der er en meget bred vifte af mulige indsatser lige fra: 1) at sikre børneinstitutioner af god pædagogisk kvalitet; 2) at udvikle sundhedsfremmende skoler, hvor børnene f.eks. oplever, at de mestrer skolearbejdet og ikke bliver mobbet; 3) hjemmebesøg af sundhedsplejersker som kan identificere miljøer, som pga. forældres sociale og helbredsmæssige problemer indebærer en risiko for barnet. Effekterne af indsatserne er generelt små til moderate, men fordi de når en stor gruppe eller en gruppe af særligt sårbare børn og unge, kan de alligevel være relevante og omkostningseffektive.

Samlet konklusion

Når man samlet betragter udviklingen i børn og unges mentale helbred over de seneste 20 år, er der få lyspunkter: udviklingen i psykiske og psykosomatiske symptomer er ikke steget i denne periode, og andelen af unge, som begår selvmord er faldet med 70 %. Når det gælder alle andre indikatorer for børn og unges mentale helbred, har udviklingen de seneste 20 år derimod været negativ. Forekomsten af stress er mere end fordoblet, og unge kvinder i 16-24 års alderen er den befolkningsgruppe, som er hårdest ramt. Forekomsten af søvnproblemer af alle slags er steget voldsomt

blandt 10-24-årige børn og unge, og medicinforbruget, særligt forbruget af medicin mod hovedpine, har været i voldsom stigning i denne periode blandt de 11-15-årige, hvor studier af udviklingen over tid har været mulig.

For de psykiske lidelser blandt 10-24-årige danske børn og unge, har det været svært at finde sammenlignelige undersøgelser, som direkte kan beskrive udviklingen over tid. De fleste tal vedrørende udviklingen i psykiske lidelser blandt børn og unge baserer sig derfor på registeroplysninger om antallet af børn og unge med diagnoser eller brug af sygdomsspecifik medicin. De væsentligste ændringer omfatter forbruget af medicin mod ADHD, som viser en tidobling indenfor de sidste 15 år, en voldsom stigning i antallet af børn og unge, som diagnosticeres med autisme, en fordobling i forekomsten af psykoser de sidste ti år, og en voldsom stigning i selvmordsforsøg, blandt unge piger svarende til en tredobling af forekomsten. Også emotionelle lidelser, som angst og depression har vist stigning i forekomsten af diagnosticerede tilfælde, og det samme gælder for bulimi. Kun for adfærdsforstyrrelser og anoreksi kan der ikke dokumenteres en stigende forekomst.

Baggrunden for de voldsomme stigninger i forekomsten af psykiske lidelser blandt 10-24-årige er dels med stor sandsynlighed en egentlig negativ udvikling i børns mentale helbred. Men det er vigtigt at medtænke betydningen af det øgede fokus, der har været på dette område de seneste år, og den øgede kapacitet indenfor børne- og ungdomspsykiatrien. Begge faktorer vil betyde en øgning i diagnosticerede og behandlede tilfælde alene på baggrund af den øgede tilgængelighed af behandling og uden, at det nødvendigvis skyldes en egentlig stigning i forekomsten af den enkelte lidelse.

For de fleste psykiske og psykosomatiske symptomer gælder det, at forekomsten som oftest er højere blandt piger og unge kvinder sammenlignet med forekomsten blandt drenge og unge mænd, men når det gælder en række af de mest indgribende psykiske lidelser er billedet omvendt. For eksempel er forekomsten af ADHD, autisme, psykoser og selvmord 3-5 gange højere blandt drenge og unge mænd.

De velkendte sociale mønstre med øget forekomst af helbredsproblemer i lave socioøkonomiske grupper bekræftes i rapporten for langt de fleste psykiske og psykosomatiske symptomer. Kun søvnproblemer adskiller sig fra dette mønster, og den sociale fordeling af selvskade er ikke undersøgt. Til gengæld er det sociale mønster i de psykiske lidelser mindre klare. Emotionelle lidelser, selvmord og selvmordsforsøg forekommer hyppigere i lave socioøkonomiske grupper, mens psykoser viser sig hyppigere i både høj og lav socioøkonomisk gruppe, og autisme ikke viser nogen sammenhæng med socioøkonomisk gruppe. For ADHD og spiseforstyrrelser mangler undersøgelser af de sociale sammenhænge.

Det faktum at forekomsten af mentale helbredsproblemer blandt børn og unge ser ud til at stige samtidig med, at der faktisk gøres en del, skal ikke skygges for det forhold, at en lang række forebyggende indsatser med dagens viden må bedømmes som effektive, og en mere udbredt implementering derfor er motiveret. Rapporten her har på enkelte områder måttet basere sine konklusioner på et relativt spinkelt datagrundlag, og sine steder mangler data til belysning af problemstillinger helt, og vi har måttet undlade at konkludere. For at kunne følge udviklingen og for at kunne vurdere eventuelle indsatsers effekt, er det afgørende, at data og undersøgelser, som kan anvendes til at monitorere denne udvikling over tid, understøttes og kvalificeres.

METODE OG LÆSEVEJLEDNING

Metode

Det har med denne rapport været vores intention at kortlægge udviklingen i danske børn og unges mentale helbred så vidt muligt på baggrund af de tilgængelige kilder.

Vi har valgt at anvende data rapporteret af børn og unge selv, når det gælder vurdering af livstilfredshed og helbred og psykiske symptomer. Og vi har så vidt muligt anvendt landsdækkende, repræsentative undersøgelser med anerkendte, validerede mål på mentale symptomer og helbredsproblemer.

Der er stor variation i, hvilke spørgeskemaer og interviewmetoder, der anvendes i de forskellige undersøgelser, der ligger til grund for rapporten. Dette betyder, at forskelle i resultater snarere kan afspejle forskelle i de mål, der anvendes i de forskellige undersøgelser (Costello et al. 2005). Endelig er det afgørende, hvor mange i målgruppen det lykkes at få til at medvirke i undersøgelserne, dvs. undersøgelsens svarprocent. Det er ikke ualmindeligt, at der mangler oplysninger vedrørende en tredjedel eller flere, og at forekomsten af lidelser og social belastning er større i frafaldsgruppen (Petersen et al. 2006, Goodman og Gatward 2008). I rapportens appendiks 1 kan der læses mere om de forskellige danske undersøgelser, der danner baggrund for denne rapport kortlægning af forekomst, fordeling og udvikling i psykiske symptomer.

Læsevejledning

Rapporten indledes med en samlet konklusion, hvor de væsentligste resultater præsenteres. Dernæst følger en indledning, hvor formålet med rapporten beskrives, og hvor der gives en karakteristik af begreberne "mental sundhed" og

"mentalt helbred" (kapitel 1). Kapitel 2 belyser kort den udvikling individet gennemgår fra 10-24 års alderen, som er det aldersspænd rapporten omhandler. Kapitel 3-4 kortlægger den aktuelle viden om forekomsten af to globale mål for det mentale helbred (selvvurderet helbred og livstilfredshed) og af en række enkeltstående psykiske symptomer (ked af det, irriteret/i dårligt humør, nervøs, mavepine, hovedpine, medicinforbrug, ensomhed, stress, søvnproblemer og selvskadende adfærd) i Danmark over de seneste 20 år og fordeling (køn, alder og socioøkonomiske gruppe). I kapitel 5 kortlægges forekomst, udvikling og fordeling af de hyppigste typer af psykiske lidelser og adfærd, der tyder på psykiske vanskeligheder (ADHD, autisme-spektrum-forstyrrelser, angst, depression, OCD, spiseforstyrrelser, psykose samt selvmordsadfærd). Og kapitel 6 afdækker, med udgangspunkt i kapitel 3-5, de væsentligste årsager til mentale helbredsproblemer blandt danske børn og unge og beskriver og vurderer den aktuelle viden om forebyggelsesindsatser fordelt på arena og risikogruppe.

Rapporten afrundes med en engelsk oversættelse af rapportens hovedkonklusioner og perspektiver (summary) samt en ordliste, der indeholder korte forklaringer på en række af de anvendte fagudtryk.

Litteraturgennemgangen er afsluttet i maj 2014. Detaljer omkring søgestrategierne, der ligger til grund for identifikation af litteratur, der danner baggrund for de enkelte kapitler, er tilgængelige ved henvendelse til Vidensråd for Forebyggelses sekretariat.

LITTERATUR

Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-Year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44(10):972-986.

Goodman A, Gatward R. Who are we missing? Area deprivation and survey participation. *Eur J Epi* 2008;23(6):379-387.

Petersen DJ, Bilenberg N, Hørder K, Gillberg C. The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8- to 9-year-old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006;15(2):71-78.



1

INDLEDNING

DET ENGELSKE BEGREB "MENTAL HEALTH" KAN PÅ DANSK OVERSÆTTES TIL MENTAL SUNDHED OG MENTALT HELBRED. I EN DANSK KONTEKST OMHANDLER MENTAL SUNDHED ALLE INDIVIDERS GENERELLE VELBEFINDENDE, OG ALT SOM KAN PÅVIRKE DETTE. MENS MENTALT HELBRED DREJER SIG OM SYMPTOMER OG SYGDOM, SOM INDIKERER MENTALE PROBLEMER. DENNE RAPPORT FOKUSERER PÅ MENTALT HELBRED OG IKKE MENTAL SUNDHED.

De sidste 15-20 år har der nationalt og internationalt været en stigende interesse for befolkningens mentale sundhed, herunder for mental sundhed og mentale helbredsproblemer blandt børn og unge (World Health Organisation (WHO) 2001, 2005, 2012 og 2013, Prince et al. 2007, Christensen et al. 2010, Gustafsson et al. 2010, Holstein et al. 2011, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) 2012). Dette skyldes dels den høje forekomst af mentale sundhedsproblemer men også en stigende erkendelse af den mentale sundheds betydning for individets almene velbefindende og helbredsudvikling (WHO 2013). Interessen har også, og måske særligt, været begrundet i mental sundheds betydning for individets evne til at klare sig godt socialt, uddannelsesmæssigt, arbejdsmæssigt og økonomisk (Bauman 2004, Dalgaard et al. 2011, OECD 2012, OECD 2013), og dermed til individets evne til at bidrage positivt til samfundet (WHO 2001, WHO 2005, Lehtinen et al. 2005, The Government Office 2008).

Problemer relateret til befolkningens mentale sundhed er forbundet med store og stigende samfundsmæssige udgifter. Det vurderes, at mentale sundhedsproblemer årligt skaber udgifter for det danske samfund svarende til 3,4 % af bruttonationalproduktet, i form af tabt produktivitet, og øgede udgifter til sociale ydelser og sundhedsvæsenet (OECD 2013). Hertil kommer, at en lang række af de omkostninger mentale sundhedsproblemer påfører individer, befolkninger og samfund er skjulte, fordi der i høj grad mangler viden om konsekvenserne af disse (Knapp 2003).

BEGREBSFORKLARING OG DEFINITIONER

Afhængigt af den forskningsmæssige og professionelle tilgang findes der en række definitioner af begrebet mental sundhed, men selvom der ikke er konsensus, er der en generel enighed om, at begrebet ikke alene bør referere til fravær af mental sygdom. Dette er på linje med den seneste WHO definition af begrebet fra 2011,

som beskriver mental sundhed som: ”en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udnytte sit potentiale, kan håndtere dagligdagens udfordringer, kan arbejde produktivt og gavnligt, og er i stand til at bidrage til samfundet” (WHO 2014a). WHO definerer dermed mental sundhed som kombinationen af oplevelse af velbefindende og at kunne fungere, deltage og gøre gavn. Dette er på linje med WHO’s generelle tilgang med vægt på den positive sundhedsforståelse, hvor fysisk, psykisk og socialt velbefindende inddrages som en væsentlig del af sundhedsbegrebet (WHO 2014b).

Det engelske begreb ”mental health” kan på dansk både oversættes til mental sundhed og mentalt helbred, og denne dialektik afspejler de to væsentlige dimensioner af begrebet. Den ene dimension, mentalt helbred, kan tolkes som det sygdomsrelaterede spektrum fra at være mentalt rask til at være mentalt syg med reference til sygdomsklassificeret diagnose. Den anden dimension vedrører mental sundhed forstået som et spektrum fra mentalt velbefindende til mentale problemer f.eks. i form af mentale symptomer, som fra tid til anden kan ramme os alle. Denne dimension er i højere grad

præget af samspil med omgivelserne, de udfordringer livet giver, og de ressourcer individet har til rådighed til at tackle disse udfordringer (Stefansson 2006, OECD 2012).

I denne rapport kommer vi til at beskæftige os med forhold som i tabel 1.1 hører til i cellerne III (se kapitel 3-4) og IV (se kapitel 5).

I disse definitioner er der dog ikke en model til generel forståelse af, hvad der kan fremme denne mentale tilstand, som er knyttet til god social funktion. I forhold til den aktuelle rapport, som har et mere folkesundhedsmæssigt perspektiv, har vi fundet det mest meningsfuldt at tage udgangspunkt i, at mennesket er et socialt væsen, og at individet udvikler det omtalte velbefindende og den sociale funktion i samspillet mellem de krav og udfordringer, som opstår i samvær med andre mennesker gennem opvæksten og videre gennem livet. Både for svært psykisk syge og for meget velfungerende mennesker synes der at være et særligt interval i dette samspil, hvor det enkelte individ udfordres bedst muligt svarende til sine evner/sårbarhed. Denne form for udfordring eller positiv stress virker

→ TABEL 1.1

Sundheds- og sygdomsdimensionerne i ”mental health” begrebet (Stefansson 2006).

		SYGDOMSDIMENSIONEN	
		MENTALT RASK	MENTALT SYG*
SUNDHEDSDIMENSIONEN FUNKTION/SYMPTOM	MENTAL VELFUNKERENDE/ VELBEFINDENDE	I	II
	MENTALT MINDRE GODT FUNKERENDE/ SYMPTOMER	III	IV

* IFØLGE INTERNATIONALE DIAGNOSER

udviklende, mens udfordringer, som overstiger individets muligheder, har den modsatte effekt og medfører psykiske symptomer, som i kombination med langvarig funktionsnedsættelse kan komme til udtryk i et sygdomsforløb, som kan beskrives diagnostisk.

Mennesker som er plaget af f.eks. svære psykoser kræver selvsagt ret omfattende foranstaltninger for at det giver mening at tale om en tilstand af mental velbefindende og god social funktion, men ud fra denne forståelse er der som udgangspunkt et positivt balancepunkt mellem krav og evner for ethvert menneske (se figur 6.2 i afsnit 6.3). Igennem rapporten anvendes således begrebet mentalt helbred med mindre andet er anført og uddybet. Psykiske symptomer indgår i begrebet mentalt helbred, og psykiske helbredsproblemer anvendes synonymt med begrebet mentalt helbred.

FORMÅL OG AFGRÆNSNING I RAPPORTEN

Formålet med rapporten er med baggrund i publicerede danske undersøgelser at kortlægge forekomst, fordeling og de sidste 20 års udvikling i mentalt helbred hos unge i Danmark. Vi har desuden anvendt dansk og international videnskabelig litteratur til at identificere de vigtigste faktorer af betydning for unges mentale helbred, og rapporten diskuterer, med udgangspunkt i denne litteratur, konsekvenser og mulige indsatsområder. Rapporten omhandler børn og unge i alderen 10-24 år.

Trods forståelsen for de positive aspekters betydning for unges mentale sundhed har vi i rapporten valgt udelukkende at fokusere på de negative aspekter af mental sundhed og mentalt helbred, nemlig dels symptomer på dårlig trivsel (se kapitel 3-4) og dels psykiske lidelser (se kapitel 5). Baggrunden for dette valg er dels den store udfordring,

der stadig er forskningsmæssigt for at præcisere de væsentligste begreber og mål for de positive aspekter af mental sundhed, dels at der er meget få studier blandt danske unge, som inddrager enkelte eller flere af disse begreber og mål. Det er derfor ikke muligt i tilstrækkelig grad at finde gode data til at belyse denne side af den mentale sundhed.

BAGGRUND

Der er en række væsentlige grunde til særligt at sætte fokus på børn og unges mentale helbredsproblemer:

- › Mentale helbredsproblemer udgør en meget stor del af sygdomsbyrden blandt børn og unge.
- › Der er en stærkt øget efterspørgsel på hjælp og behandling for psykiske helbredsproblemer, og et stigende antal børn diagnosticeres og medicineres. Det vides dog ikke, om dette skyldes en stigning i forekomst af mentale symptomer og lidelser eller andre forhold.
- › Psykiske problemer tidligt i livet øger risikoen for psykiske helbredsproblemer senere i livet, og størstedelen af de alvorlige psykiske lidelser debuterer i børne- og ungdomsårene.
- › Der er en betydelig social ulighed i forekomsten af mentale helbredsproblemer.
- › Psykiske problemer tidligt i livet påvirker, hvordan børn klarer kravene i skolen og på arbejdsmarkedet senere hen. Dermed kan tidlige psykiske problemer have betydning både for helbred og for den sociale ulighed i helbred, som findes senere i livet.

Vi vil i de følgende yderligere belyse disse grunde.

Sygdomsbyrden af mentale helbredsproblemer hos børn og unge

Sygdomsbyrden måler antal år, der går tabt i for tidlig død (på engelsk Years of Life Lost (YLL)) og antal år, som går tabt i nedsat funktionsevne (på engelsk Years Lost due to Disability (YLD)). YLD for et givet år beregnes som incidens (nye tilfælde pr. 100.000) ganget med varighed i år ganget med en på engelsk kaldet "disability weight", som angiver hvor meget lidelserne på en skala mellem 0 og 1 påvirker funktionsevne og livskvalitet. Psykiske lidelser er hyppigere blandt unge end i resten af befolkningen. Lidelserne udgør 25 % af sygdomsbyrden blandt børn mellem 5 og 14 år, og 33 % for aldersgruppen 15-24 år. Dertil kommer tilbagevendende smerteproblemer, som ondt i hoved og mave, som ofte også vurderes at være psykisk betingede.

Tabel 1.2 illustrerer, at der findes et bredt spektrum af psykiske helbredsproblemer med meget forskellige årsagsmønstre og meget varierende forløb. Tabellen viser, at forekomsten af langt de fleste af disse øges med alderen f.eks. for angst, depression og skizofreni, mens forekomsten af adfærdsforstyrrelser er højest i 5-14 års alderen, og kun Asbergers syndrom, autisme-spektrum-forstyrrelser og udviklingsforstyrrelser viser en høj forekomst også tidligt i livet. Man skal tænke på, at tallene i tabel 1.2 er påvirket af de internationale diagnosekriterier (ICD) (WHO 1993), som ikke nødvendigvis bruges på samme måde i Danmark som i andre lande. Dertil kommer, at mange børn og unge har psykiske symptomer som f.eks. nervøsitet, nedstemthed og søvnbesvær, ikke opfylder diagnosekriterierne for ICD-kategorierne som her er brugt. Disse symptomer hører dog til i celle III i tabel 1.1 og defineres af mange som et folkesundhedsproblem.

Øget efterspørgsel efter hjælp og behandling for psykiske lidelser og problemer

Der er sket en stor stigning i antallet af børn med børnepsykiatriske diagnoser gennem de senere år (Atladottir et al. 2014). Dette gælder også medicinering. Der er siden år 2000 sket en tidobling af antallet af unge, som behandles med ADHD-medicin og en tredobling af unge, som får antidepressiv medicin (Dalsgaard et al. 2013). Antal besøg i børnepsykiatrien er også tidoblet på 20 år. Det afspejler delvist flere ressourcer og nye og bedre behandlingsalternativer, men kan også til dels afspejle et voksende behov for behandling pga. stigende forekomst af disse helbredsproblemer. Det kan desuden være et udtryk for voksende krav i samfundet, som øger sandsynligheden for at psykisk sårbare børn og unge udvikler egentlig psykisk sygdom.

Også når det gælder andre mentale helbredsproblemer, som f.eks. psykiske symptomer, ses inden for nogle områder en stigning. Eksempelvis er der indikatorer på en stigning af psykiske symptomer blandt yngre voksne i alderen 16-44 år (Christensen et al. 2012).

→ **TABEL 1.2**

Leveår tabt med nedsat funktionsevne (YLD i sygdomsbyrdemålingerne) pr. 100.000 for Danmark 2010 i alkohol, stofmisbrug og diagnosticerede psykiske lidelser (www.healthmetricsandevaluation.org).

INTERNATIONAL DIAGNOSE	0 - 5 ÅR	5 - 14 ÅR	15 - 49 ÅR
ALKOHOLMISBRUG	0	58	652
STOFMISBRUG	0	9	440
SKIZOFRENI	0	1	235
DEPRESSION OG DYSTYMI	1	696	1518
BIPOLÆR LIDELSE	0	4	268
ANGST LIDELSE	0	245	485
SPISEFORSTYRRELSER	0	14	181
AUTISME	44	57	52
ASBERGERS SYNDROM	36	63	58
ADHD	0	22	6
ADFÆRDSFORSTYRRELSER	0	287	43
IDIOPATISKE INTELLEKTUELLE UDVIKLINGSFORSTYRRELSER	7	18	16
ØVRIGE MENTALE LIDELSER	1	14	15
SELVSKADE, SELVMORD	0	11	621
MENTALE HELBREDSPROBLEMER, TOTALT	89	1469	4563

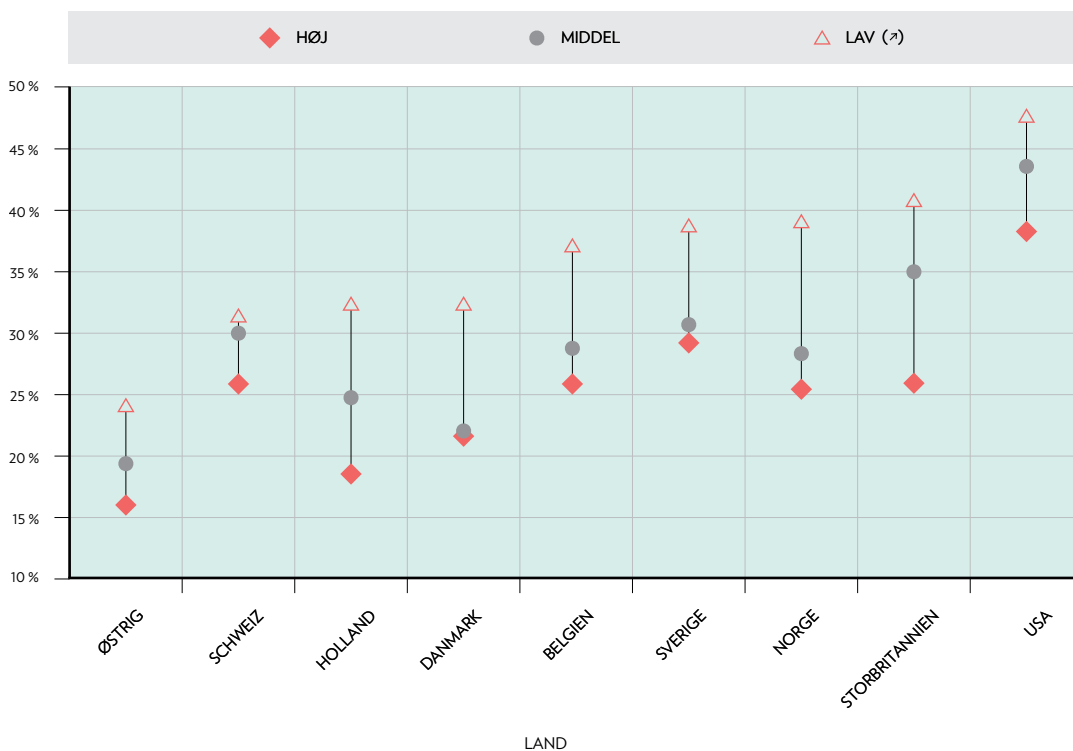
Psykiske problemer debuterer tidligt og giver øget risiko for senere psykiske problemer

Mentale sundhedsproblemer antages gennem livet at forekomme hos op imod 50 % af befolkningen (OECD 2012). Når det gælder de psykiske lidelser tyder tal fra USA på, at ca. halvdelen af alle psykiske lidelser har deres debut inden 14 års alderen, og at 75 % af sygdommene er debuteret ved 24 års alderen (Kessler et al. 2005). Hvis man betragter en af de hyppigste psykiske lidelser, depression, har forskning vist, at depressioner i ungdomsårene øger risikoen for depressioner senere i livet 2-3 gange, og at depressioner i voksenlivet,

som forudgås af depressioner som barn og ung, oftere er alvorlige og længerevarende (Zisook et al. 2007). Også blandt de sjældnere, men mest alvorlige og permanente psykiske lidelser som skizofreni, er ungdomsårene centrale, idet langt de fleste mennesker med diagnosen oplever en gradvis forværring af funktionsniveau frem til egentlig sygdomsdebut, oftest med vrangforestillinger og hallucinationer inden 30 års alderen (Mueser og McGurk 2004, Thorup et al. 2007).

→ FIGUR 1.1

Statistisk sammenhæng mellem psykosomatiske symptomer blandt 11-15-årige børn og hhv. lav, middel og høj materiel velstand i ni vestlige lande (OECD 2012).



Social ulighed i forekomst af psykiske lidelser og symptomer

Der er tegn på, at der er social ulighed i forekomsten af moderate mentale helbredsproblemer, som f.eks. psykiske symptomer, hos unge. I en del større, danske, repræsentative undersøgelser af børn og unge finder man, at unge med ringere sociale eller økonomiske vilkår har højere forekomst af mentale symptomer (Holstein et al. 2009, Berntsson et al. 2001, Pedersen et al. 2002, Pedersen et al. 2005, Christensen et al. 2012), men de sociale mønstre er ikke undersøgt i alle undersøgelser og heller ikke for alle typer af symptomer. Et socialt mønster for psykiske symptomer og lidelser til ugunst for de socialt svageste unge, ses i en række andre lande. I de fleste lande vi sammenligner os med ligger andelen af f.eks. 11-15-årige med mange psykosomatiske symptomer mellem 6 og 16 % højere blandt børn fra lave socioøkonomiske kår sammenlignet med børn fra de højeste socioøkonomiske grupper (se figur 1.1) (OECD 2012). Af figuren ses eksempelvis, at USA med den højeste andel af 11-15-årige med psykosomatiske symptomer har udtalte sociale forskelle, hvor 48 % af unge med lavt materiel velstandsniveau har symptomer, mens det gælder ca. 38 % af unge med høj velstand, og et lignende socialt mønster fandtes i Østrig, hvor ca. 25 % med et lavt materielt velstandsniveau havde symptomer, mens det gjaldt 16 % af de unge, som havde høj velstand.

Sociale påvirkninger og konsekvenser af psykiske symptomer tidligt i livet

En lang række studier viser, at der er en stærk kobling mellem børns psykiske symptomer og hvordan de klarer indlæringen i skolen. Sammenhængen forstærkes af, at den går begge veje – dels kan børn med psykiske symptomer have svært ved at lære, fordi de har det skidt – og dels får børn og unge det skidt, hvis de har svært ved at lære. Meget taler også for, at begge faktorer påvirker social position og sundhedsadfærd og helbred senere i voksenalderen, og dermed er med til at skabe den stærke relation, der findes mellem socioøkonomisk gruppe og sundhed allerede i 30-40 års alderen. Hvis man kan bryde denne onde cirkel i skolealderen, tyder meget på, at det vil være muligt at forebygge noget af den sociale ulighed i sundhed.

I økonomiske nedgangstider bliver især unge med mentale problemer hårdt ramt, idet manglen på arbejde vil gøre det sværere for dem at klare sig i konkurrencen om det arbejde, der er. Risikoen for at være arbejdsløs fordobles blandt mennesker med mentale lidelser, og andelen af borgere med mentale problemer opgøres til 30 % blandt arbejdsløse, 45 % blandt førtidspensionister, og 70 % blandt langtidssygemeldte (OECD 2012). Figur 1.2A og 1.2B viser andelen af unge, som hhv. er arbejdsløse og i arbejde i forhold til om man har en svær, en moderat eller ingen mental lidelse, i 10 OECD lande. Eksempelvis kan det ses af figur 1.2A, at ca. 26 % af de danske unge med alvorlige mentale lidelser er arbejdsløse sammenlignet med ca. 10 % blandt unge uden mentale lidelser.

Førtidspension var tidligere en ydelse, som blev givet til mennesker, som i et langt liv havde arbejdet inden for erhverv med stor risiko for fysisk nedslidning. I de seneste årtier er mentale sundhedsproblemer og psykisk sygdom blevet en stadig hyppi-

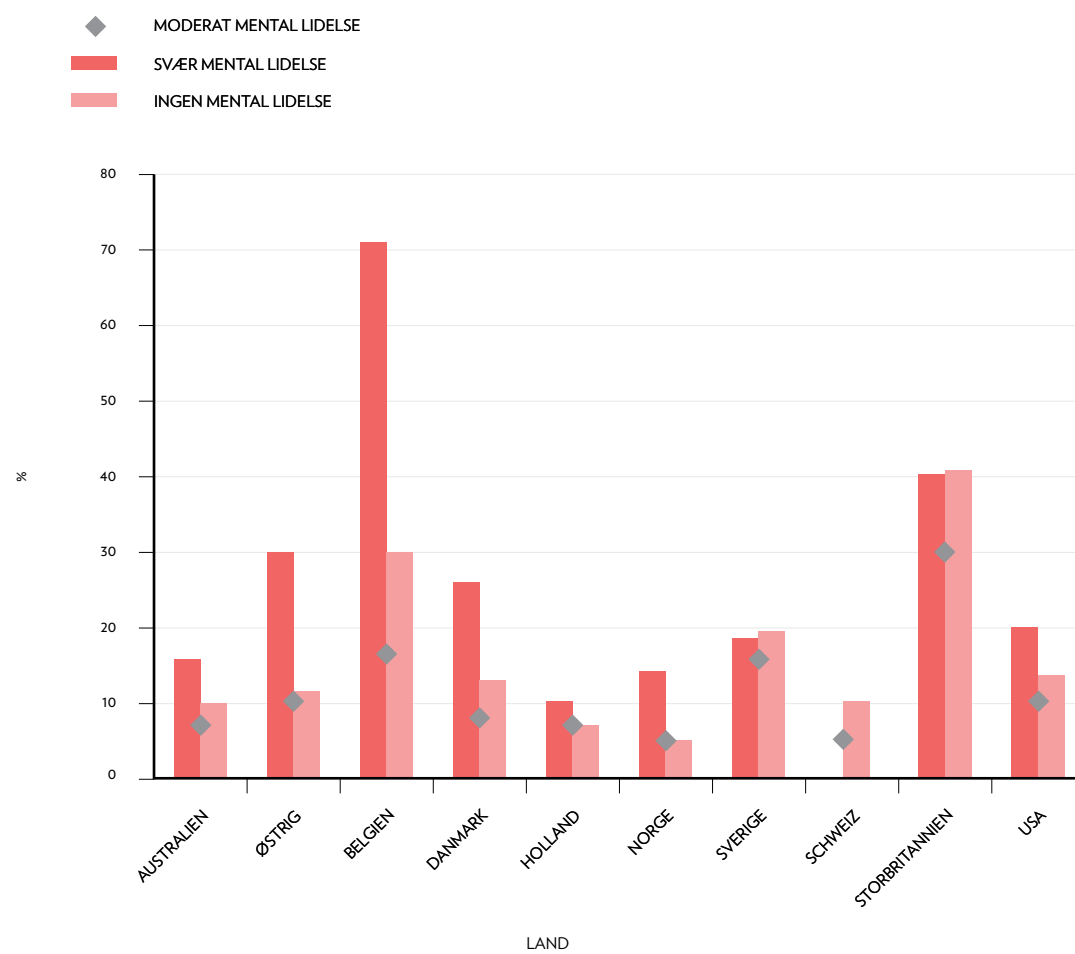
gere årsag til at opnå førtidspension. I Danmark er andelen af individer på førtidspension begrundet i en mental lidelse således næsten fordoblet fra 1990-2009, og unge har udgjort en stigende andel af disse førtidspensionister (OECD 2013).

Personer med mentale helbredsproblemer har desuden lavere indtægt end mennesker uden, og de har en langt større risiko for at blive fattige (OECD 2012). Arbejdsmarkedets udvikling de seneste år, med stigende kompleksitet i opgaverne og øget arbejdspress, er faktorer, som yderligere forværrer mulighederne for at være erhvervsaktiv, hvis man har dårligt mentalt helbred. For alle disse erhvervs- og jobmæssige udfordringer gælder det, at særligt de unge er sårbare.

For unge i uddannelsessystemet øger de mentale problemer også risikoen for, at de falder fra uddannelsen (Newman et al. 2009). I Danmark er frafaldet fra ungdomsuddannelserne stort, særligt i de erhvervsrettede uddannelser, hvor omkring 1/3 af alle studerende ikke gennemfører deres uddannelse (Danmarks Statistik 2011). En del af dette frafald menes at kunne tilskrives mentale problemer. På universiteterne er frafaldet også særligt stort blandt unge med mentale problemer. Det store læringspres betyder, at læsegrupper og andre sociale sammenhænge er af stor betydning for de unges evne til at fastholde og gennemføre deres uddannelse, og netop de sociale kompetencer og sammenhænge er ofte en stor udfordring hos unge med mentale problemer. Selvom der har været megen fokus på højere gennemførelsesprocenter og foranstaltninger til at støtte unge på vej ud af uddannelsessystemet, er organiseringen af disse tiltag stadigvæk præget af mange aktører og dårlig koordination.

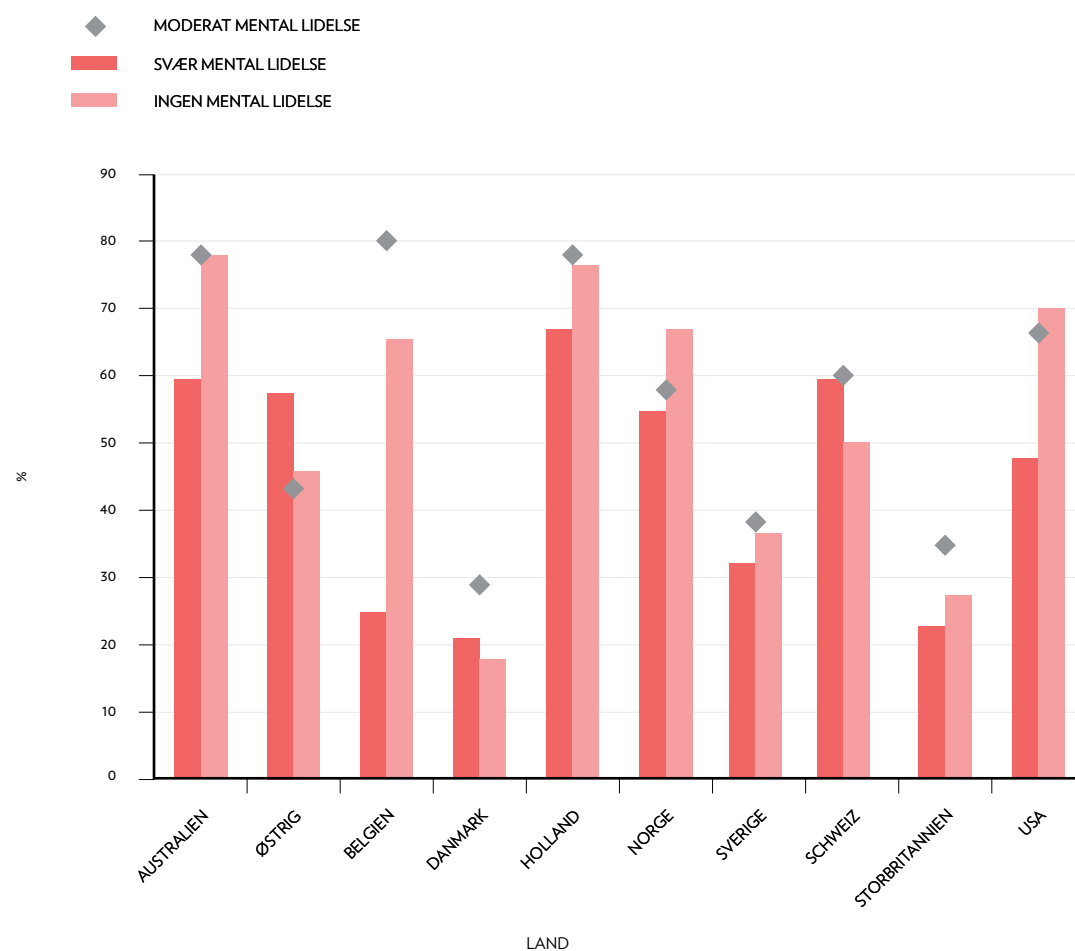
→ FIGUR 1.2 A

Sammenhængen mellem arbejdsløshed og mentale lidelser, som procentandel af den aldersvarende arbejdsstyrke for unge mellem 15 og 24 år. Seneste tal fra årene 2000-2010 (OECD 2012).



→ FIGUR 1.2 B

Sammenhængen mellem beskæftigelse og mentale lidelser, som procentandel af den aldersvarende befolkning af unge mellem 15 og 24 år. Seneste tal fra årene 2000-2010 (OECD 2012).



LITTERATUR

Atladdottir HO, Gyllenberg D, Langridge A, Sandin S, Hansen SN, Leonard H et al. The increasing prevalence of reported diagnoses of childhood psychiatric disorders: a descriptive multinational comparison. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014 May 6 [Epub ahead of print].

Bauman Z. *Human Waste. Modernity and its Outcasts*. Ploity Press. Camebridge 2004.

Berntsson LT, Kohler L, Gustafsson JE. Psychosomatic complaints in schoolchildren: a Nordic comparison. *Scand J Public Health* 2001;29:44-54.

Christensen AI, Davidsen M, Kjølner M, Juel K. *Mental sundhed blandt voksne danskere*. Sundhedsstyrelsen. København 2010.

Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. *Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 og udviklingen siden 1987*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København 2012.

Dalgaard OS, Mathisen KS, Nord E, Ose S, Rognerud M, Årø LE. *Bedre føre var...* Nasjonalt folkehelseinstitutt. Oslo 2011.

Dalsgaard S, Nielsen HS, Simonsen M: Five-fold increase in national prevalence rates of ADHD medications for children and adolescents with autism spectrum disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder and other psychiatric disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2013; 23:432-439.

Danmarks Statistik. *Ungdomsuddannelser – gennemførelse og frafald, 2010*. Uddannelse. Stort frafald på erhvervsuddannelserne. *Nyt fra Danmarks Statistik*; Nr. 352 • 2. august 2011.

Gustafsson JE, Westling AM, Åkerman A, Eriksson B, Eriksson C, Fischbein S et al. *School, learning and mental health: a systematic review*. Stockholm 2010.

Holstein BE, Currie C, Boyce W, Damsgaard MT, Gobina I, Kökönyei G et al. Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries. *Int J Public Health* 2009;54:260-270.

Holstein BE, Damsgaard MT, Henriksen PW, Kjær C, Meilstrup C, Nelausen MK et al. *Psykisk mistrivsel blandt 11-15-årige*. Sundhedsstyrelsen. København 2011.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(6):593-602.

Knapp M. Hidden costs of mental illness. *Br J Psychiatry* 2003;183:477-478.

Lehtinen L, Ozamiz H, Underwood L, Weiss M, Herrman H, Saxena S et al. The intrinsic value of mental health. I: Heeman H, Saxena S, Moodia R (red.). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice* (pp. 46-58). Geneva: 2005.

Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet* 2004;363:2063-2072.

Newman L, Wagner M, Cameto R, Knokey AM. *The post-high school outcomes of youth with disabilities up to 4 years after high school. A report from the National Longitudinal Transition Study-2 (NLTS2)*, SRI International, Menlo Park, CA, 2009.

OECD 2012. Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work, OECD Publishing. Lokaliseret på <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en> d. 10. september 2014.

OECD 2013. Mental Health and Work: Denmark, Mental Health and Work, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264188631-en.

Pedersen CR, Holstein BE, Kohler L. Parents' labour market participation as predictor of children's well-being: changes from 1984 to 1996 in the Nordic countries. *Eur J Public Health* 2005;15:431-436.

Pedersen CR, Madsen M. Parents' labour market participation as a predictor of children's health and well-being: a comparative study in five Nordic countries. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:861-867.

Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR et al. No health without mental health. *Lancet* 2007;370(9590):859-877.

Regeringens udvalg om psykiatri, 2013. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser.

Stefansson CG. Chapter 5.5: major public health problems – mental ill-health. *Scand J Public Health* 2006;34(67):87-103.

The Government Office for Science, London. Foresight Project on Mental Capital and Well-being Project. Final Project Report 2008.

Thorup A, Waltoft BL, Pedersen CB, Mortensen PB, Nordentoft M. Young males have a higher risk of developing schizophrenia: a Danish register study. *Psychol Med* 2007;37(4):479-484.

WHO 1993. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva 1993.

WHO 2001. The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva 2001.

WHO 2005. Mental Health Action Plan for Europe - Facing the Challenges, Building Solutions. Geneva 2005.

WHO 2012. Adolescent mental health: mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations. Geneva 2012.

WHO 2013. Mental health action plan 2013-2020. Geneva 2013.

WHO 2014a. Mental health: a state of well-being. Lokaliseret på http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ d. 10. september 2014.

WHO 2014b. Constitution of the World Health Organization. Lokaliseret på <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> d. 10. september 2014.

Zisook S, Lesser I, Stewart JW, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Fava M et al. Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2007;164:1539-1546.



2

**BØRN OG UNGES
KOGNITIVE UDVIKLING**

DENNE RAPPORT OMHANDLER STORE BØRN OG UNGE, DVS. INDIVIDER I ALDEREN FRA 10-24 ÅR. DENNE LIVSPERIODE OMFATTER UDVIKLINGEN FRA BARN TIL VOKSEN OG MEDFØRER STORE INDIVIDUELLE OG SOCIALE FORANDRINGER OG UDFORDRINGER, SOM ALLE KAN HAVE IMPLIKATIONER FOR BARNET OG DEN UNGES MENTALE HELBRED OG UDVIKLING.

Forandringerne i ungdomsårene omfatter alle livets aspekter. Biologisk gennemgår den unge en vækstpurt, der f.eks. fører til en næsten fordobling af den unges vægt i perioden fra 10-18 år, og puberteten fører i samme aldersperiode den unge gennem den seksuelle modning fra barn til voksen (Patton og Viner 2007). De sidste 20 år har forskningen desuden peget på, at der i samme periode sker en enorm vækst og udvikling af hjernen og store påvirkninger af hjernens funktion. Selvom langt størstedelen af hjernens vækst sker i fosterstadiet og endnu en stor del frem til 2 års alderen, vokser hjernen alligevel med ca. 14 % mellem 12-18 års alderen. Hele barndommen igennem udvikles hjernens funktion gennem stimulation og via en tiltagende udvikling af fedtskederne omkring nervertrådene i forskellige dele af hjernen. Dette fører til den gradvise modning af hjernen, som afspejler sig i barnets udvikling af sanser, evner og kompetencer (Perrin et al. 2008, Paus 2013). Også en stor del af den genetiske variation og de genetiske forudsætninger, individet har med sig, kommer til udtryk i udviklingsperioden fra barn til voksen (Kang et al. 2011). De store biologiske og sociale forandringer ungdomsårene og puberteten skaber, udfordrer og påvirker hjernen, som tilpasser sig og udvikler sig i

forhold til de krav, omgivelserne stiller (Paus 2013). Ungdomsårene omfatter desuden de afgørende sidste skoleår, ungdomsuddannelsesårene og for mange de år, hvor man færdiggør sin uddannelse og etablerer sig på arbejdsmarkedet. Mentale sundhedsproblemer i denne livsperiode kan derfor være bestemmende for, om disse vigtige overgange lykkes, og dermed om individet på længere sigt klarer sig godt økonomisk og socialt.

De store forandringer, som udviklingen af en mere selvstændig identitet fører med sig, giver også ændringer i de nære sociale relationer. Barnets stærke forankring hos forældrene skifter karakter og relationer til venner fylder mere. Denne forandring kræver gode sociale kompetencer og ressourcer for at lykkes, og mentalt sårbare unge er i stor risiko for at mangle sociale relationer og opleve ensomhed og eksklusion af de sociale sammenhænge, som kræver aktivt engagement (Christie og Viner 2005). Når den unge flytter hjemmefra, øges behovet for social kompetence og relationelle ressourcer igen, og denne periode er yderst kritisk for unge med svage mentale ressourcer eller med mentale problemer og lidelser.

Det er vigtigt, at betragte de store forandringer mennesket gennemgår i ungdomsårene i lyset af de vilkår og den udvikling, den unge har gennemgået tidligere i sit liv. Fostertilværelsen og de tidlige børneår er helt afgørende for, hvilke biologiske og psykologiske forudsætninger barnet har med sig ved indgangen til ungdomsårene. Mange af de tidlige påvirkninger udmøntes først senere i livet, f.eks. for en række psykiske lidelser som skizofreni, hvor ungdomsårene hyppigst udgør debutalderen, men tidlige påvirkninger og genetisk disposition er afgørende faktorer. Mentale sundhedsproblemer skal således betragtes i et livsløbsperspektiv, hvor der tages højde for, at perioder med særligt store forandringer og udvikling f.eks. fostertilværelsen, spædbarnsalderen og ungdomsperioden kan betragtes som perioder, hvor individet må forventes at være særligt sårbart overfor påvirkninger, og hvor ophobning af påvirkninger over tid øger risikoen for helbredsmæssig påvirkning.

Denne rapport tager i diskussionen af årsager og tænkelige indsatser højde for dette, idet vi inddrager muligheden for indsatser tidligere i barnealderen, der kan forventes at forbedre unges mentale sundhed og/eller forebygge mentale helbredsproblemer.

LITTERATUR

Christie D, Viner R. Adolescent development. *Br Med J* 2005;330:301-304.

Kang HJ, Kawasawa YI, Cheng F, Zhu Y, Xu X, Li M et al. Spatio-temporal transcriptome of the human brain. *Nature* 2011;478:483-489.

Patton GC, Viner R. Pubertal transitions in health. *Lancet* 2007;369(9567):1130 -1139.

Paus T. How environment and genes shape the adolescent brain. *Horm Behav* 2013;64(2):195-202.

Perrin JS, Herve PY, Leonard G, Perron M, Pike GB, Pitiot A et al. Growth of white matter in the adolescent brain: role of testosterone and androgen receptor. *J Neurosci* 2008;28:9519-9524.



3

SELVVURDERET HELBRED OG LIVSTILFREDSHED

DETTE KAPITEL OMHANDLER BØRN OG UNGES OPFATTELSE AF DERES GENERELLE HELBRED OG DERES TILFREDSHED MED LIVET. VI INKLUDERER ALENE STORE BEFOLKNINGSUNDERSØGELSER, HVOR MAN HAR BEDT BØRN OG UNGE OM AT VURDERE DERES SUNDHED HELT OVERORDNET.

3.1 SELVVURDERET HELBRED

Det følgende afsnit beskriver forekomst, fordeling og udvikling i børn og unges egne vurderinger af deres helbred, og afsnittet vil også komme ind på følgevanskeligheder og konsekvenser af dårligt selvvurderet helbred.

Sammenfatning

Langt de fleste børn og unge vurderer deres eget helbred som godt eller meget godt (77-95 %), og kun meget få (<3 %) oplever at have dårligt helbred. Der er relativt små kønsforskelle, og lidt flere drenge end piger vurderer deres helbred som godt eller meget godt. Der er desuden en tendens til, at lidt flere blandt de ældste skolebørn og blandt de 16-24-årige vurderer at have godt helbred sammenlignet med andelen blandt yngre skolebørn. Undersøgelserne viser, at der er flere børn og unge med bedre sociale vilkår og længerevarende uddannelser, der vurderer deres helbred positivt. På trods af den meget høje andel af børn og unge, som vurderer deres helbred som godt, har der gennem de sidste 20 år været et betydeligt fald i andelen, som angiver deres helbred som værende meget godt, særligt blandt større skolebørn.

Indledning

Når børn og unge bliver bedt om at vurdere deres generelle helbred, er deres svar baseret på andet end deres helbred vurderet i ren medicinsk forstand, og opfattelsen af eget helbred er sandsynligvis blandt andet påvirket af den mentale sundhedstilstand. Opfattelsesrammen har også betydning og den varierer både på overordnet kulturelt niveau, men også på familie og individniveau (Tissue 1972). På trods af det har denne generelle helbredsvurdering vist sig at være en god indikator for den enkeltes faktiske helbredssituation målt ved andre spørgsmål (Rasmussen og Due 2007), og målene har blandt voksne vist sig at have sammenhæng med både sygelighed og dødelighed (Idler og Benyamini 1997, DeSalvo et al. 2006). Selvvurderet helbred bruges således ofte som mål til at karakterisere børn og unges almene helbred.

Forekomst, fordeling og udvikling over tid

En lang række undersøgelser har vurderet børn og unges selvvurderede helbred. Til denne rapport har vi valgt de undersøgelser, hvor barnet eller den unge er blevet bedt om en overordnet vurdering af deres eget helbred. Den præcise formulering af spørgsmålene og svarmulighederne varierer i de forskellige undersøgelser, og direkte sammenligninger af forekomster, fordeling og udvikling, skal derfor foretages varsomt.

Langt den største del af børn og unge vurderer, at de har et godt eller meget godt helbred. De seneste undersøgelser viser, at blandt 10-15-årige svarer mellem 77-90 %, at de har et godt helbred (Petersen et al. 2000, Hansson og Vinther-Larsen 2008, Matsson et al. 2008, Helweg-Larsen et al. 2009, Nielsen et al. 2010, Vinther-Larsen 2010, Rasmussen og Due 2011, Ottosen 2012), og blandt de 16-24-årige gælder det, at mere end 90 % finder, at deres helbred er godt (Christensen et al. 2010, Christensen et al. 2012, Christensen et al. 2014). Ganske få, under 3 %, oplever, at deres helbred er decideret dårligt.

En enkelt, men meget stor undersøgelse blandt københavnske skoleelever viser en meget lavere forekomst af unge med godt selvvurderet helbred (Mathiesen et al. 2012). Undersøgelsen finder, at ca. 63 % af eleverne vurderer, at de har et godt helbred, men deres mål af selvvurderet helbred baserer sig på en 6-trins skala, og afgrænsningen af gruppen med godt selvvurderet helbred (5 eller 6 på skalaen) er derfor næppe sammenlignelig med de øvrige undersøgelser.

Figur 3.1 viser, at der i Skolebørnsundersøgelsen fra 2010, som i de andre undersøgelser blandt børn og unge, er flere drenge end piger, der synes, at de har et godt eller meget godt selvvurderet helbred. Forskellene er små, men bliver tydeligere med alderen, da drengenes vurdering er næsten konstant, mens andelen af piger, som vurderer deres helbred som godt eller meget godt, falder med 7 % fra de er 11 år til de er 15 år (Rasmussen og Due 2011).

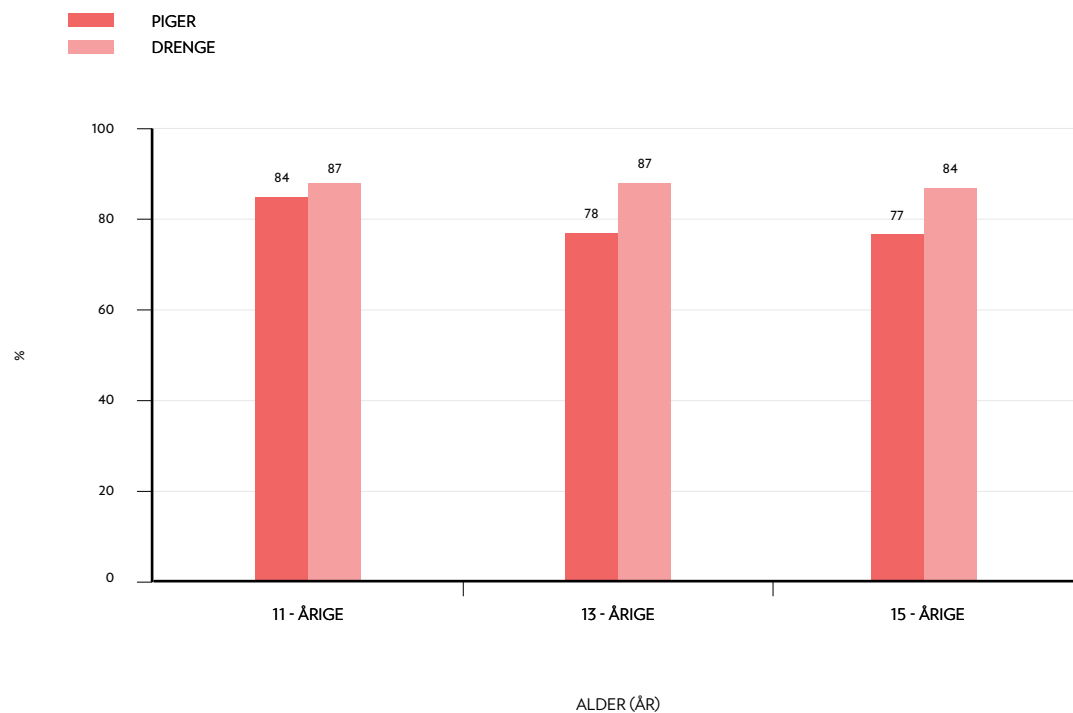
I Skolebørnsundersøgelsen er det tidligere vist, at børn fra familier i de højeste socioøkonomiske grupper i højere grad rapporterer, at de har et godt selvvurderet helbred (Thorsheim et al. 2004). Dette er i overensstemmelse med resultater fra Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen fra 2010, som finder sammenhæng mellem uddannelseslængde og unge over 16 års selvvurderede helbred. Således er der ca. 86 % af dem med forældre uden erhvervsuddannelse, der vurderer deres helbred som godt, mens det gør sig gældende for ca. 94 % med kort uddannelse, ca. 94 % med kort videregående uddannelse, ca. 96 % med mellem-lang videregående uddannelse, og ca. 97 % med lang videregående uddannelse.

Skolebørnsundersøgelsen bliver gentaget med intervaller på fire år og i de sidste tre undersøgelser i 2002, 2006 og 2010 har spørgsmålet om selvvurderet helbred været ens. Figur 3.2 viser udviklingen i andelen af skolebørn, som vurderer deres helbred som meget godt. I 1984 var der eksempelvis 53 % af de 15-årige drenge og 38 % pigerne, som vurderede at de havde et meget godt selvvurderet helbred. I 2010 var andelen faldet til hhv. 33 % og 21 %.

Københavnbarometeret, der er en spørgeskemaundersøgelse, der inkluderer 4.-9.-klassens børn og unge fra samtlige af kommunens alment skoler, har været gennemført i en årrække. Undersøgelsen viser, at der i 2009, 2010 og 2011 samlet set ikke er sket de store ændringer i andelen af børn og unge med godt selvvurderet helbred. I 2009 var der 62 % af eleverne, der vurderede deres helbred godt, mens der i både 2010 og 2011 var 64 % af eleverne, der vurderede deres helbred sådan (Mathiesen et al. 2012).

→ FIGUR 3.1

Procentvis andel med godt eller meget godt selvvurderet helbred blandt 11-15-årige børn (Rasmussen og Due 2011).



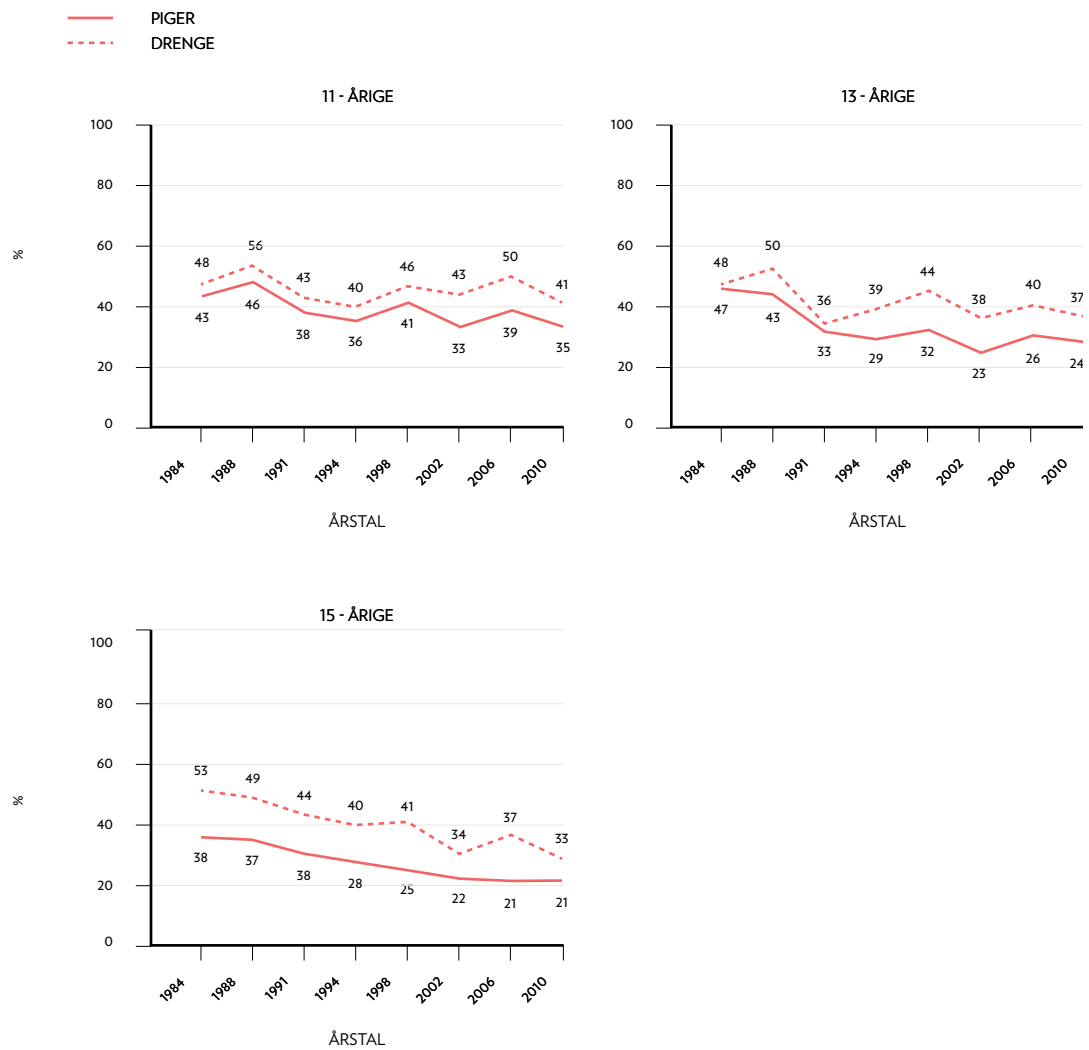
Selvvurderet helbred er målt blandt 16-24-årige i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i både 2005, 2010 og 2014 (Christensen et al. 2010, Christensen et al. 2012, Christensen et al. 2014). Både spørgsmål og svarkategorier er blevet ændret fra første til anden undersøgelse, og det er derfor ikke muligt at sige noget om udviklingen over tid blandt de unge over 16 år fra 2005-2010. Fra 2010 til 2013 er andelen af unge mellem 16 og 24 år, som anser deres selvvurderede helbred for godt, vældig godt eller fremragende, uændret: omkring 96 % for unge mænd og ca. 93 % blandt unge kvinder (Christensen et al. 2014).

Følgvanskeligheder og konsekvenser

Hvorvidt lavt selvvurderet helbred blandt børn og unge har langsigtet betydning for helbredet senere i livet er uafklaret. Der findes en lang række undersøgelser af selvvurderet helbred blandt voksne, som viser konsekvenser af lavt selvvurderet helbred i forhold til f.eks. tidlig død og hjertekarsygdom. Ilder og Benyamini (1997) finder, at der er en direkte sammenhæng mellem dårligt selvvurderet helbred og for tidlig død. Denne sammenhæng understøttes af DeSalvo et al. (2006) som finder, at personer med dårligt selvvurderet helbred, har dobbelt så høj risiko for tidlig død, sammenlignet med personer, der vurderer deres helbred som virkelig godt. Flere undersøgelser har også vist sam-

→ FIGUR 3.2

Procentvis udvikling i meget godt selv vurderet helbred fra 1984-2010 blandt 11-, 13- og 15-årige (Rasmussen og Due 2011).



menhænge mellem selv vurderet helbred og hhv. stress, sociale relationer, utilstrækkelig søvn samt langvarig sygdom, men der findes, så vidt vides, ingen undersøgelser, som følger op på unge med dårligt selv vurderet helbred. Vi ved derfor ikke, om

dårligt selv vurderet helbred følger den unge ind i voksenlivet, eller om der er langtidskonsekvenser af unges dårlige selv vurderede helbred.

3.2 LIVSTILFREDSHED

Dette afsnit beskriver forekomst, fordeling og udvikling af livstilfredshed blandt danske børn og unge, samt følgevanskeligheder og konsekvenser heraf. Livstilfredshed anvendes ofte som en overordnet indikator for mental sundhed, og lav livstilfredshed kan derfor ses som et tegn på dårlig mental sundhed.

Sammenfatning

De eksisterende danske undersøgelser rapporterer, at mellem 6-20 % af børn og unge har lav livstilfredshed. Flere piger end drenge har lav livstilfredshed, og forekomsten af lav livstilfredshed stiger med alderen. Vi har ikke fundet landsdækkende undersøgelser, som måler livstilfredshed hos unge mellem 16-24 år. Mellem 31-42 % af danske børn og unge er tilfredse med livet. Der er flest drenge, som oplever høj livstilfredshed og flere i de yngste aldersgrupper. Omkring halvdelen af de danske børn og unge har hverken høj eller lav livstilfredshed, og de er, ligesom gruppen af børn og unge med lav livstilfredshed, en vigtig målgruppe for sundhedsfremmende indsatser. Både nationale og internationale undersøgelser tyder på, at der er et socialt mønster i livstilfredshed blandt børn og unge, således at lidt flere fra lave socioøkonomiske grupper har lav livstilfredshed sammenlignet med højere socioøkonomiske grupper. Udviklingen i livstilfredshed over tid er kun blevet undersøgt i en enkelt dansk undersøgelse. Den viser ikke tydelige ændringer i forekomsten af lav livstilfredshed i perioden fra 2002 til 2010, som er den eneste periode, der findes danske data på, men der ses en tendens til fald i andelen af børn og unge, som har høj livstilfredshed.

Indledning

Livstilfredshed er et vigtigt aspekt af børn og unges mentale helbred. Det er ligesom selvvurderet helbred et bredt mål, der er baseret på interviewpersonernes kognitive bedømmelse af deres liv. Livstilfredshed er relateret til en række andre dimensioner af børn og unges mentale helbred, såsom selvvurderet helbred, selvværd og psykiske ressourcer (Huebner et al. 2004). Livstilfredshed kan forstås som børn og unges subjektive vurdering af livet og kan defineres som: "en evalueringsproces, hvor individer vurderer kvaliteten af deres liv ud fra deres egne unikke kriterier" (Pavot og Diener 1993).

At beskrive livstilfredshed som en del af børn og unges mentale sundhed ligger i tråd med definitionen af mental sundhed som mere og andet end blot fravær af symptomer og sygdom. Livstilfredshed reflekterer det fulde spektrum (fra lav til høj) af den overordnede livsvurdering, hvor en lav livstilfredshed hos børn og unge kan ses som tegn på en tilstand af dårlig mental sundhed, mens høj livstilfredshed kan ses som et udtryk for en tilstand af god mental sundhed. Tilfredshed med livet kan sagtens forekomme sammen med en række svære psykiske symptomer, hvis livsomstændighederne og de psykiske ressourcer er tilstrækkeligt gode (Huebner et al. 2004).

Ved måling af livstilfredshed skelnes der mellem globale mål for livstilfredshed, dvs. mål som angiver barnets eller den unges overordnede vurdering af livet, og domænespecifikke mål, dvs. mål som beskriver livstilfredshed i relation til specifikke domæner som familien, skolen, venner osv. I dette afsnit anvendes alene globale mål for livstilfredshed.

Forekomst, fordeling og udvikling over tid

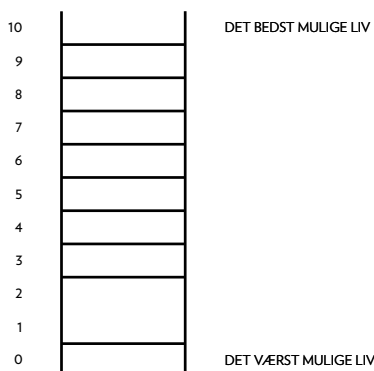
I det følgende beskrives livstilfredshed blandt danske børn og unge i aldersgruppen 10-24 år ud fra eksisterende undersøgelser. Hvor dokumentationen giver mulighed for det, beskrives fordeling på køn, alder og socioøkonomisk gruppe.

De eksisterende danske undersøgelser, som måler overordnet livstilfredshed blandt børn og unge, anvender alle den såkaldte Cantril-stige (på engelsk Cantril ladder) (Cantril, 1965). Cantril-stigen har 11 trin (0-10), hvor toppen af stigen indikerer det bedst tænkelige liv og bunden af stigen det værst tænkelige liv (se figur 3.3).

Livstilfredshed angives ofte som en tredeling, hvor trin 0-5 på stigen defineres som lav livstilfredshed, trin 6-8 defineres som middel livstilfredshed og trin 9-10 som høj livstilfredshed (Cantril 1965, Bradshaw 2006, Currie et al. 2012). Men andre opdelinger forekommer i enkelte undersøgelser (se tabel 3.1), og disse undersøgelser giver derfor ikke sammenlignelige resultater.

→ FIGUR 3.3

Cantril-stigen til måling af livstilfredshed (efter Rasmussen og Due 2011).



Tabel 3.1 viser resultaterne fra større danske undersøgelser, som indenfor de sidste 7 år har dokumenteret livstilfredshed blandt børn og unge. Resultaterne fra de sammenlignelige danske undersøgelser (dataindsamling markeret med *) viser, at ca. 6-20 % af børn og unge har lav livstilfredshed, og at 31-42 % af danske børn og unge har høj livstilfredshed.

Figur 3.4 viser, at der er færrest i høj socioøkonomiske gruppe som har lav livstilfredshed, og at dette gælder for både piger og drenge.

Skolebørnsundersøgelsen har fulgt udviklingen i livstilfredshed i perioden 2002 til 2010. Der har ikke været særlige ændringer i forekomsten af lav livstilfredshed i perioden, men der ses et fald i andelen af elever med høj livstilfredshed (se figur 3.5). Eksempelvis ser vi blandt 15-årige drenge et fald fra 38 % med høj livstilfredshed i 2002 til 32 % i 2010, mens de tilsvarende tal for 15-årige piger er 30 % i 2002 og 24 % i 2010.

Følgvanskeligheder og konsekvenser

Det vides ikke, i hvor høj grad børn og unges opfattelse af deres livstilfredshed påvirker deres livstilfredshed som voksne. Der mangler ligeledes viden om, hvilke konsekvenser det kan føre til hos børn og unge at have lav livstilfredshed, men livstilfredshed er et vigtigt led i at føle, at man har et godt mentalt helbred og for at trives i hverdagen. At børn og unge trives og har et godt mentalt helbred er et mål i sig selv. Alene derfor må det være et mål, at have færrest mulige børn og unge, som oplever at have lav livstilfredshed.

→ **TABEL 3.1**

Oversigt over forekomst af livstilfredshed fra undersøgelser af danske børn og unge.

UNDERSØGELSE#	ALDERSGRUPPE	LIVSTILFREDSHED (%)		
		LAV	MIDDEL	HØJ
› Mental sundhed 2009 – at føle man er noget værd (Hansen 2009)*	13 ÅR	20	47	34
› Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2010 (Ottosen et al. 2010)*	11, 15 OG 19 ÅR	6	52	42
› Skolebørnsundersøgelsen 2010 (Rasmussen og Due 2011)*	11, 13 OG 15 ÅR	15	54	31
› 15-åriges hverdagsliv og udfordringer (Ottosen 2012)*	15 ÅR	6	56	39
› Københavnerbarometeret (Mathiesen et al. 2012)**	10-15 ÅR	5	28	67

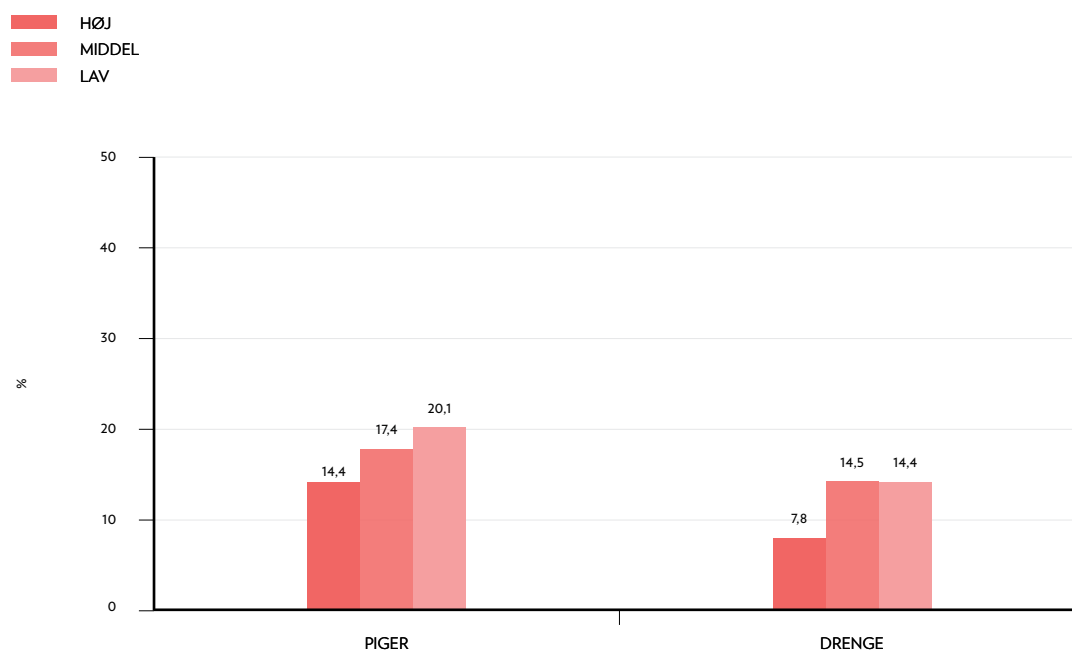
FLERE DETALJER OM DE OMTALTE UNDERSØGELSER KAN SES I RAPPORTENS APPENDIKS 1.

* TRIN 0-5 PÅ STIGEN DEFINERES SOM LAV LIVSTILFREDSHED, TRIN 6-8 DEFINERES SOM MIDDEL LIVSTILFREDSHED OG TRIN 9-10 SOM HØJ LIVSTILFREDSHED.

** LAV LIVSTILFREDSHED KATEGORISERES SOM TRIN 0-3, MIDDEL LIVSTILFREDSHED SOM TRIN 4-7 OG HØJ LIVSTILFREDSHED SOM TRIN 8-10.

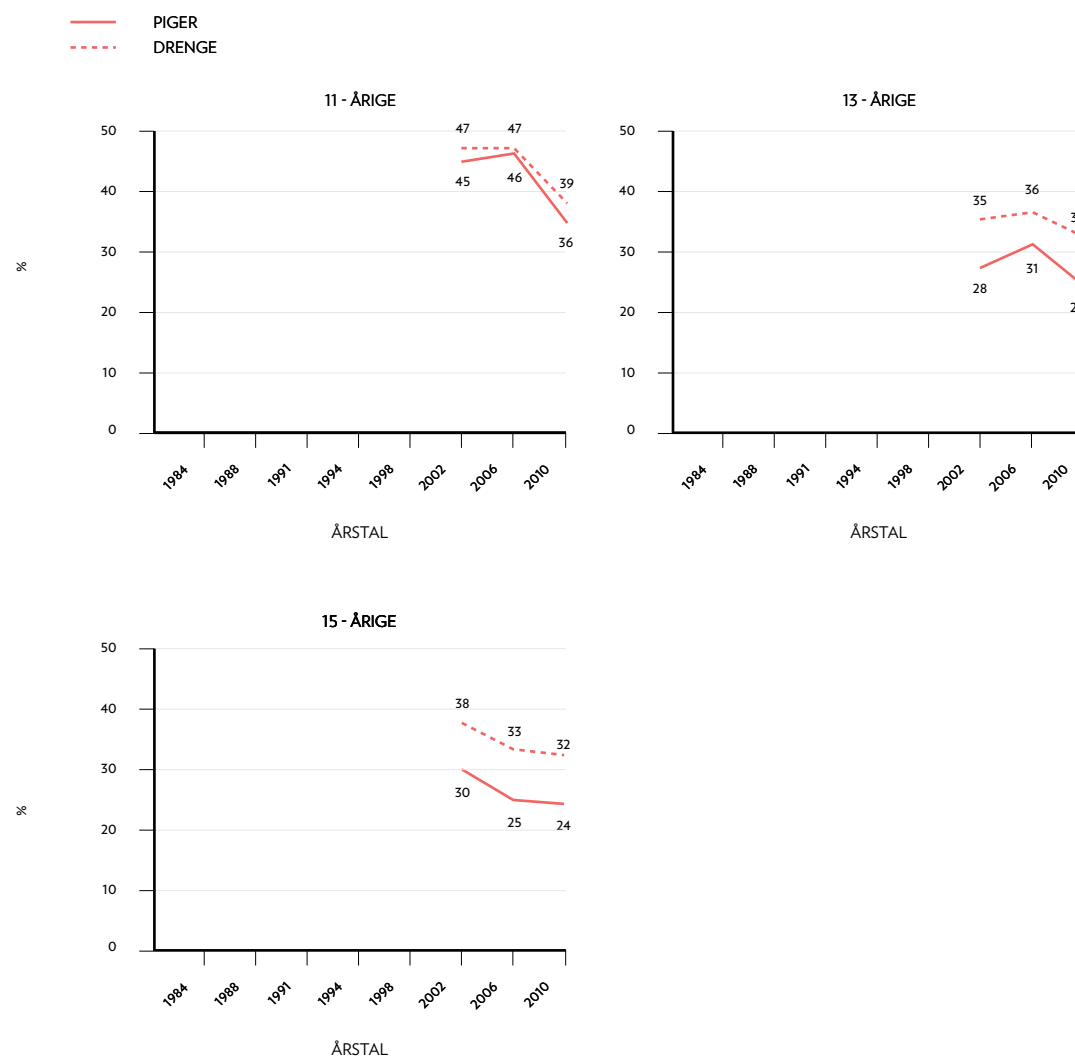
→ FIGUR 3.4

Procentvis forekomst af hhv. høj, middel og lav socioøkonomisk gruppe fordelt på køn (Holstein et al. 2011).



→ FIGUR 3.5

Procent med høj livstilfredshed blandt 11-, 13- og 15-årige drenge og piger (Rasmussen og Due 2011).



LITTERATUR

Bradshaw J, Hoelscher P, Richardson D. Comparing Child Well-Being in OECD Countries: Concepts and Methods. Innocenti Working Paper No. 2006-03. UNICEF Innocenti Research Centre. Italy, Florence 2006.

Christensen AI, Davidsen M, Kjølner M, Juel K. Mental sundhed blandt voksne danskere. Sundhedsstyrelsen. København 2010.

Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 og udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København 2012.

Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013. Sundhedsstyrelsen. København 2014.

Cantril H. The Pattern of Human Concerns. Rutgers University Press. New Brunswick, New Jersey, USA 1965.

Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. World Health Organization, Geneva 2012.

DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. A Meta-Analysis. J Gen Intern Med 2006;21:267-275.

Hansen SG (red.). Mental sundhed 2009 – at føle man er noget værd. Børnerådet. København 2009.

Hansson LN, Vinther-Larsen M. Unges hverdag. Ungeshverdag.dk-undersøgelsen. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København 2008.

Helweg-Larsen K, Schütt NM, Larsen HB. Unges trivsel år 2008 – en undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb og vold i barndom og tidlig ungdom. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København 2009.

Holstein BE, Damsgaard MT, Henriksen PW, Kjær C, Meilstrup C, Nelausen MK et al. Psykisk mistrivsel blandt 11-15-årige. Sundhedsstyrelsen. København 2011.

Huebner ES, Valois RF, Suldo SM, Smith LC, McKnight CG, Seligson JL et al. Perceived quality of life: a neglected component of adolescent health assessment and intervention. J Adol Health 2004;34:270-278.

Idler E, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. J health soc behav 1997;38(1):21-37.

Mathiesen K, Gottlieb AS, Ellebjerg L. Københavnske folkeskolelevers sundhed. Resultater fra Københavnerbarometeret 2012. København: Københavns Kommune, Børne- og Ungdomsforvaltningen og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. København 2012.

Mattsson C, Hestbæk A, Andersen AR. 11-årige børns hverdagsliv og trivsel. SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd. København 2008.

Nielsen JC, Sørensen NU, Osmec MN. Når det er svært at være ung i Danmark - Unges trivsel og mistrivsel i tal. Center for Ungdomsforskning. København 2010.

Ottosen MH, Andersen D, Lausten M, Nielsen LP, Stage S. Børn og Unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2010. SFI – Det nationale forskningscenter for Velfærd. København 2010.

Ottosen M. 15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra femte dataindsamling af forløbsundersøgelsen af børn født i 1995. SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd. København 2012.

Pavot W, Diener E. Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment* 1993;5:164–172.

Petersen T, Nielsen A, Paludan M, Rasmussen S, Madsen M. Børns sundhed ved slutningen af skolealderen. En undersøgelse blandt elever i 8. og 9. klasse i 1996/97. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København 2000.

Rasmussen M, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2006. Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab. Københavns Universitet. København 2007.

Rasmussen M, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2010. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København 2011.

Ravens-Sieberer U, Torsheim T, Hetland J, Nickel J, Vollebergh W, Cavallo F et al. Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *Int J Pub Health* 2009;54:151-159.

Thorsheim T, Currie C, Boyce W, Kalnins I, Overpeck M, Haugland S. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Soc Sci Med* 2004;59(1):1-12.

Tissue T. Another look at self-rated health among the elderly. *J Gerontol* 1972;27:91-94.

Vinther-Larsen M, Riegels M, Rod MH, Schiøtz M, Curtis T, Grønbæk M. The Danish Youth Cohort: Characteristics of participants and non-participants and determinants of attrition. *Scand J Pub Health* 2010;38: 648–656.



4

**PSYKISKE
HELBREDSPROBLEMER**

BÅDE PSYKISKE OG FYSISKE SYMPTOMER KAN SES SOM ET UDTRYK FOR DÅRLIGT MENTALT HELBRED. I DETTE KAPITEL BESKRIVES FOREKOMSTEN, FORDELINGEN OG UDVIKLINGEN I SÅDANNE SYMPTOMER BLANDT DANSKE BØRN OG UNGE. KAPITLET VIL OGSÅ KOMME IND PÅ MULIGE FØLGEVANSKELIGHEDER OG KONSEKVENSER AF PSYKISKE OG PSYKOSOMATISKE SYMPTOMER.

En række psykiske symptomer beskrives som helhed i afsnit 4.1, mens vi behandler psykosomatiske symptomer, herunder hovedpine (4.2.1), mavepine (4.2.2), samt medicinforbrug (4.3), stress (4.4), søvnproblemer (4.5), ensomhed (4.6) og selvskade (4.7) hver for sig i de efterfølgende afsnit i dette kapitel.

4.1 PSYKISKE SYMPTOMER

I dette afsnit beskrives forekomst, fordeling og udvikling i børn og unges følelser af at "være kedede af det", "være irriteret/i dårligt humør", "være nervøs" og "have problemer med at falde i søvn".

Sammenfatning

Blandt børn og unge er der en betydelig del, som oplever et eller flere psykiske symptomer mindst én gang om ugen. Der er stor forskel på forekomsten af de enkelte symptomer. Således var der i 2010 f.eks. 27 % blandt 11-15-årige piger og 11 % blandt 11-15-årige drenge, der var kedede af det mindst én gang om ugen, mens ca. hver tredje oplevede at være irriteret/i dårligt humør mindst én gang om ugen. I de mange undersøgelser, som har set på selvrapporterede psykiske symptomer

blandt børn og unge, er der en generel tendens til, at forekomsten er højere blandt piger end drenge.

For nogle symptomer (f.eks. at være irriteret/i dårligt humør) er tendensen, at forekomsten stiger i takt med stigende alder, mens det for andre symptomer (f.eks. at være ked af det) gælder, at forekomsten falder med alderen.

Der er en tendens til lidt højere forekomst af psykiske symptomer blandt lavere socioøkonomiske grupper. Mønsteret er dog ikke statistisk signifikant for begge køn og alle symptomer. Når man betragter udviklingen i forekomst over tid, ses der for nogle symptomer ingen ændring i forekomsten og for andre et fald i forekomst. Der er f.eks. sket et fald i forekomsten af børn, som er kedede af det og irriterede eller i dårligt humør over de seneste 20 års i modsætning til rapportering af nervøsitet, hvis forekomst har været uændret i samme periode.

Indledning

Psykiske symptomer er udbredte blandt børn og unge, og kan ses som indikatorer på psykisk mistrivsel. Der er desuden en tendens til, at symptomerne ophober sig hos individer, således opleves

et symptom sjældent alene (Haugland et al. 2001, Ravens-Sieberer et al. 2008). At føle sig ked af det, irriteret eller i dårligt humør en gang imellem, er en naturlig del af ungdomslivet, men hvis der er børn og unge, som oplever et eller flere af disse symptomer flere gange om ugen eller hver eneste dag, er det en stor belastning for den enkelte. I denne rapport, har vi derfor valgt at koncentrere os om de børn og unge, som oplever psykiske symptomer hver uge eller oftere. Det er dog ikke i alle undersøgelser muligt at bevare dette skæ-

ringspunkt, da der er mange forskellige måder at måle og opgøre psykiske symptomer på. Fælles for de symptom mål, som er medtaget i dette afsnit er, at de alle omhandler følelsesmæssige problemer hos børn og unge.

→ TABEL 4.1

Oversigt over undersøgelser og spørgsmålsformuleringer anvendt i dette afsnit til belysning af forekomst, fordeling og udvikling over tid i psykiske symptomer på mistrivsel.

UNDERSØGELSE *	SPØRGSMÅLSFORMULERING
SKOLEBØRNSUNDERSØGELSEN 2010 (RASMUSSEN OG DUE 2011, HOLSTEIN ET AL. 2011)	<ul style="list-style-type: none"> › Hvor ofte inden for de seneste 6 måneder har du oplevet at: være ked af det, være irriteret eller i dårligt humør eller at være nervøs?
FORLØBSUNDERSØGELSERNE AF ÅRGANG 1995 (MATTSSON ET AL. 2008)	<ul style="list-style-type: none"> › Hvor ofte har du, inden for de seneste seks måneder oplevet at været ked af det, været irriteret/i dårligt humør eller været nervøs?
MENTAL SUNDHED 2009 - AT FØLE MAN ER NOGET VÆRD (HANSEN 2009)	<ul style="list-style-type: none"> › Hvordan synes du, at følgende udsagn passer på dig? Jeg er ofte anspændt og nervøs, jeg føler mig ofte ked af det eller nede eller jeg er ofte sur eller irriteret
SUNDHEDS- OG SYGELIGHEDSUNDERSØGELSEN 2010 (CHRISTENSEN ET AL. 2012)	<ul style="list-style-type: none"> › Spørgsmålene drejer sig om din oplevelse af belastende eller stressende situationer inden for den seneste måned: Hvor ofte har du følt dig nervøs eller stresset?
DANSKERNES SUNDHED - DEN NATIONALE SUNDHEDSPROFIL 2013 (CHRISTENSEN ET AL. 2014)	<ul style="list-style-type: none"> › Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag? Var du meget eller lidt generet af det? Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig, ængstelse, nervøsitet, uro og angst

* FOR FLERE DETALJER OM DE OMTALTE UNDERSØGELSER SE RAPPORTENS APPENDIKS

Forekomst, fordeling og udvikling over tid

I tabel 4.1 ses en oversigt over de udvalgte undersøgelser vi inddrager i dette afsnit samt de spørgsmålsformuleringer, undersøgelserne anvender. Spørgsmålsformuleringerne i de to førstnævnte undersøgelser, Skolebørnsundersøgelsen 2010 og Forløbsundersøgelsen af årgang 1995 fra det tidligere Socialforskningsinstitut under Socialministeriet (nu kaldet Nationalt Forskningscenter for Velfærd), er ens og derfor direkte sammenlignelige. Målene i Børnerådets undersøgelse, Mental sundhed 2009 – at føle man er noget værd, minder meget om de to første i Tabel 4.1, mens målene i Den nationale sundhedsprofil er anderledes, fordi hvert enkelt spørgsmål omhandler flere symptomer. Vi ved derfor ikke præcis, hvilket symptom den enkelte har tænkt på da de svarede, og dette mål er ikke direkte sammenligneligt med målene i de andre undersøgelser.

De tre førstnævnte undersøgelser i tabel 4.1 finder, at mellem ca. 10-30 % er kede af det ofte eller ugentligt (Hansen 2009, Mattsson et al. 2008, Rasmussen og Due 2011). Den nationale sundhedsprofil fra 2013 finder, at ca. 33 % (ca. 25 % for mænd og 41 % for kvinder) af de 16-24-årige oplever at være enten lidt eller meget generede af nedtrykthed, deprimeret eller ulykkelig (Christensen et al. 2014). Skolebørnsundersøgelsen fra 2010, der inkluderer børn i alderen 11, 13 og 15 år, finder, at 27 % af pigerne og 11 % af drengene har været kede af det mindst én gang om ugen (Rasmussen og Due 2011), og disse kønsforskelle genfindes i de øvrige to undersøgelser i tabel 4.1 (Hansen 2009, Mattsson et al. 2008). Figur 4.1 viser, at Skolebørnsundersøgelsen fra 2010 ikke finder nævneværdige forskelle i forekomsten af at være ked af det på tværs af alder for pigerne. Blandt drengene ses en aftagende andel, som oplever at være kede af det med stigende alder. Der er en tendens til, at forekomsten af at være ked af det stiger med faldende

socioøkonomisk gruppering, og dette gælder for både drenge og piger. Forskellene er dog ikke statistisk signifikante.

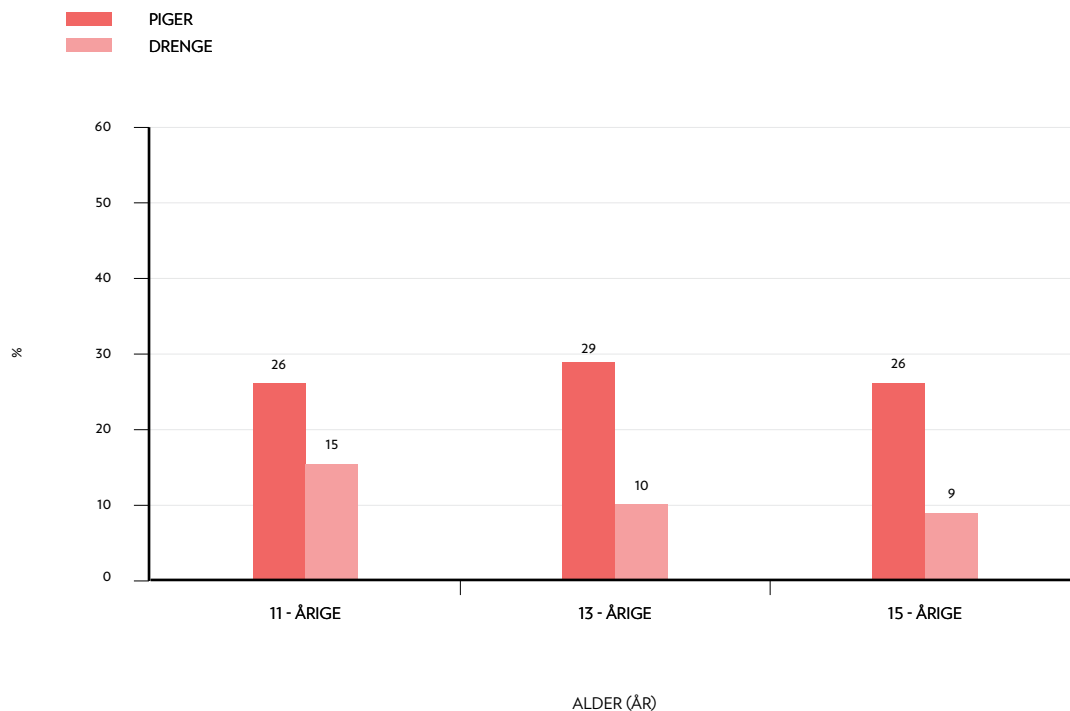
Figur 4.2 viser, at selvom der over de sidste 20 år har været perioder med både stigende og faldende forekomst, så er det generelle billede en faldende forekomst i andelen, som er ked af det mindst én gang om ugen, både for piger og drenge og i alle tre aldersgrupper. For 11-årige drenge og 15-årige piger er den faldende forekomst fra 1988 til 2010 statistisk signifikant (Rasmussen og Due 2011).

I Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen og Den nationale sundhedsprofil er dataindsamlingsmetoden ændret fra personlige interview i perioden 1987-2005 til selvadministrerede spørgeskemaer i 2010 og 2013. Det er således ikke muligt at sige noget om udviklingen over hele perioden. Undersøgelserne finder, at der fra 1987 til 2005 har været en svag stigning i andelen af 16-24-årige med meget generende ubehag fra nedtrykthed. Dette gælder for både drenge og piger. Når der fokuseres på udviklingen fra 2010-2013, er andelen, der er lidt eller meget generede af symptomerne, stort set uændrede (fra 31,1 % i 2010 til 32,5 % i 2013).

I forløbsundersøgelsen af årgang 1995 fra Det nationale forskningscenter for velfærd og i Skolebørnsundersøgelsen fra 2010 oplyser ca. hvert tredje barn og ung, at de er irritable eller i dårligt humør mindst én gang om ugen. Figur 4.3 viser, at der i Skolebørnsundersøgelsen fra 2010 er en højere forekomst af irritabilitet blandt piger, sammenlignet med drenge, på alle klassetrin, og dette bekræftes i to andre danske undersøgelser: 11-årige børns hverdagsliv og trivsel og Mental sundhed 2009 – at føle man er noget værd (Mattsson et al. 2008, Hansen 2009). Blandt begge køn er der færrest blandt de 11-årige, som oplever at være irritable

→ FIGUR 4.1

Procentvis andel af 11-, 13- og 15-årige, som er kede af det mindst én gang om ugen (Rasmussen og Due 2011).



eller i dårligt humør, og flere blandt de 15-årige, der oplever dette symptom.

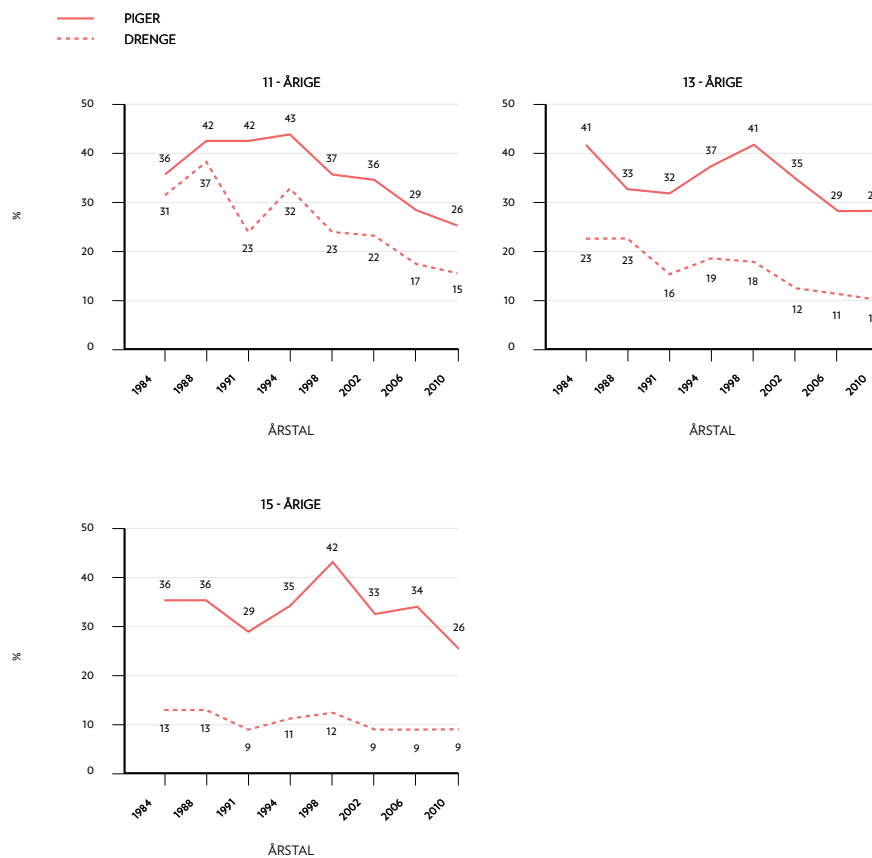
Når forekomsten inddeles efter socioøkonomisk grupper, ses ingen betydelige forskelle blandt pigerne, men blandt drengene er der signifikant flere (17 %) i lav socioøkonomisk gruppe sammenlignet med mellem (11 %) og høj socioøkonomiske gruppe (11 %), som angiver at have været irritable eller i dårligt humør mindst én gang om ugen gennem det forløbne halve år (Rasmussen og Due 2011). Figur 4.4 viser udviklingen over tid. Fra 1988 til 2010 er der sket et markant fald i andelen af børn og unge, som svarer, at de føler sig irritable eller i dårligt humør mindst én gang om ugen. Blandt de 11-årige var der f.eks. 42 % af drengene og 41 %

af pigerne, der oplevede dette symptom mindst ugentligt i 1988, mens det gælder for 25 % af drengene og 27 % af pigerne i 2010 (Rasmussen og Due 2011).

Af figur 4.5 ses fordelingen af nervøsitet mindst en gang om ugen, for køn og aldersgrupper i Skolebørnsundersøgelsen fra 2010. Der er ingen signifikante forskelle mellem piger og drenge og mellem aldersgrupperne. I forhold til socioøkonomisk gruppe er der en svagt stigende forekomst med faldende socioøkonomisk gruppe, men forskellene er ikke signifikante (Rasmussen og Due 2011). I Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne bruges to mål, som bl.a. indeholder spørgsmål om nervøsitet. Den seneste undersøgelse fra 2013

→ FIGUR 4.2

Andelen af børn, som svarer at de er kede af det mindst én gang om ugen (Rasmussen og Due 2011).



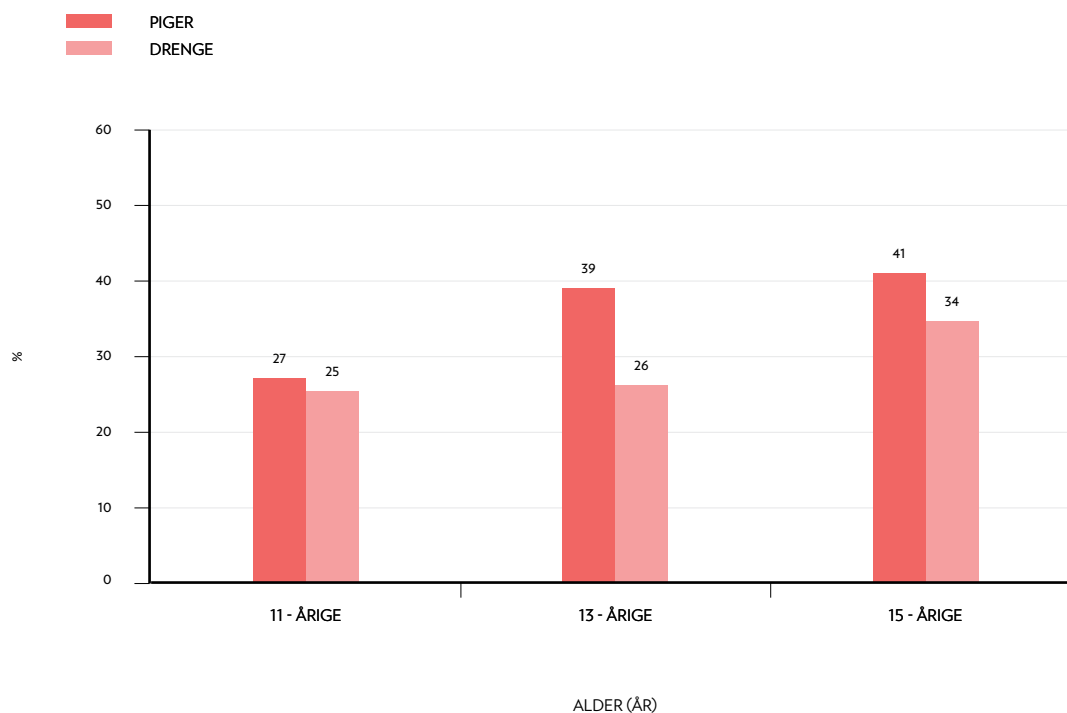
viser, at der er 3 % af de 16-24-årige unge kvinder og knapt 7 % af de 16-24-årige unge mænd, der er meget generede af ubehag fra ængstelse, nervøsitet, uro og angst. I det andet mål spørges til nervøsitet og stress i samme mål. Dette spørgsmål er senest stillet i 2010, og her svarede ca. 11 % af de 16-24-årige unge mænd og 21 % af de unge kvinder i samme aldersgruppe, at de ofte eller meget ofte havde været nervøse eller stressede inden for den seneste måned.

Vedrørende nervøsitet finder Skolebørnsundersøgelsen, at forekomsten af nervøsitet ugentligt har været nogenlunde stabil blandt store skolebørn fra 1988-2010 (Rasmussen og Due 2011).

Når der i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen ses på udviklingen fra 1987-2005, hvor dataindsamlingen er foregået ved personlige interviews, har andelen af 16-24-årige, der har været lidt eller meget generede af ubehag fra ængstelse, nervøsitet, uro og angst, været nogenlunde stabil fra 1987 og frem til 2000, mens der er sket en stigning fra ca. 5 % i 2000 til 10 % i 2005. I Den nationale sundheds-

→ FIGUR 4.3

Procentvis andel af 11-, 13- og 15-årige, som mindst ugentligt er irritable (Rasmussen og Due 2011).



profil findes ligeledes en svag stigning i andelen, der har følt sig lidt eller meget generede af ængstelse, nervøsitet, uro og angst fra ca. 21 % i 2010 til 25 % i 2013, hvor dataindsamlingen er sket gennem selvadministrerede spørgeskemaer. Denne stigning ses hos begge køn. I perioden 2005 til 2013 sker der ifølge Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen og Den nationale sundhedsprofil en stigning særligt i andelen af unge 16-24-årige kvinder, der ofte føler sig nervøse og stressede. I 2005 var der 8 % af de unge mænd og ca. 14 % af de unge kvinder, der ofte eller meget ofte følte sig nervøse eller stressede. I 2010 følte 11 % af de unge mænd og 21 % af de unge kvinder sig ofte eller meget ofte nervøse og stressede. Det er vigtigt at være opmærksom på, at dette stressmål omhandler både nervøsitet og stress. I 2013 var der 11 % af de

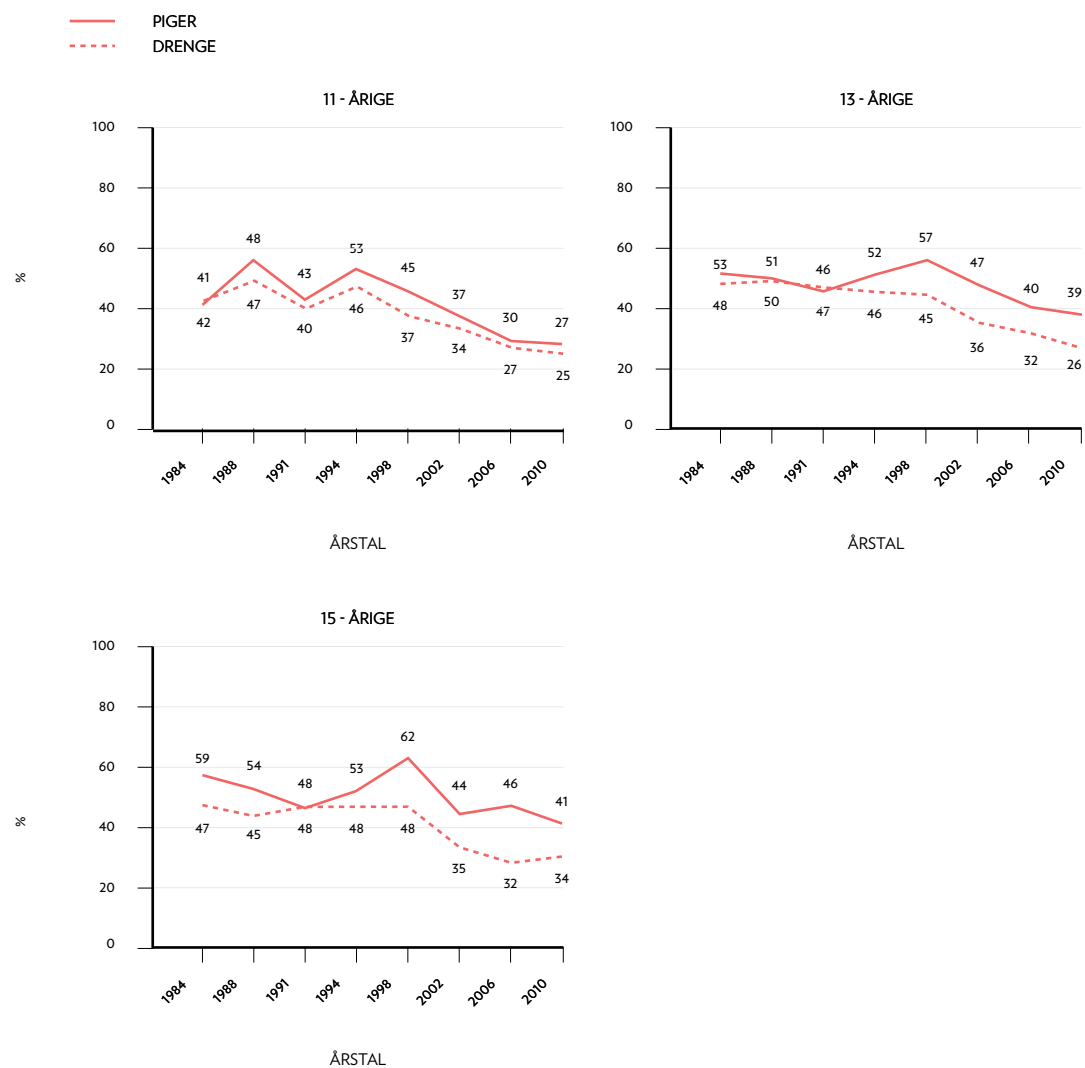
unge mænd og 26 % af de unge kvinder, der ofte eller meget ofte følte sig nervøse eller stressede.

Følgvanskeligheder og konsekvenser

Psykiske symptomer på mistrivsel kan i varierende grad være en belastning i sig selv, kan påvirke hverdagslivet og have konsekvenser for læring og social funktion (Saab og Klinger 2010). Der er en sammenhæng mellem psykisk mistrivsel og læring samt skolefravær (DeSocio og Hootman 2004), og psykisk mistrivsel i barndom og ungdom er forbundet med en øget risiko for bl.a. depression og mistrivsel som voksen (Pine et al. 1998, Due et al. 2011). En række undersøgelser, herunder Børnerådets undersøgelse (Hansen 2009), finder sammenhænge, som indikerer, at trivselsproblemer sjældent er afgrænset til et enkelt aspekt, men er

→ FIGUR 4.4

Procentvis andel af 11-, 13- og 15-årige børn, som svarer at de er irritable mindst én gang om ugen i perioden 1984-2010 (Rasmussen og Due 2011).

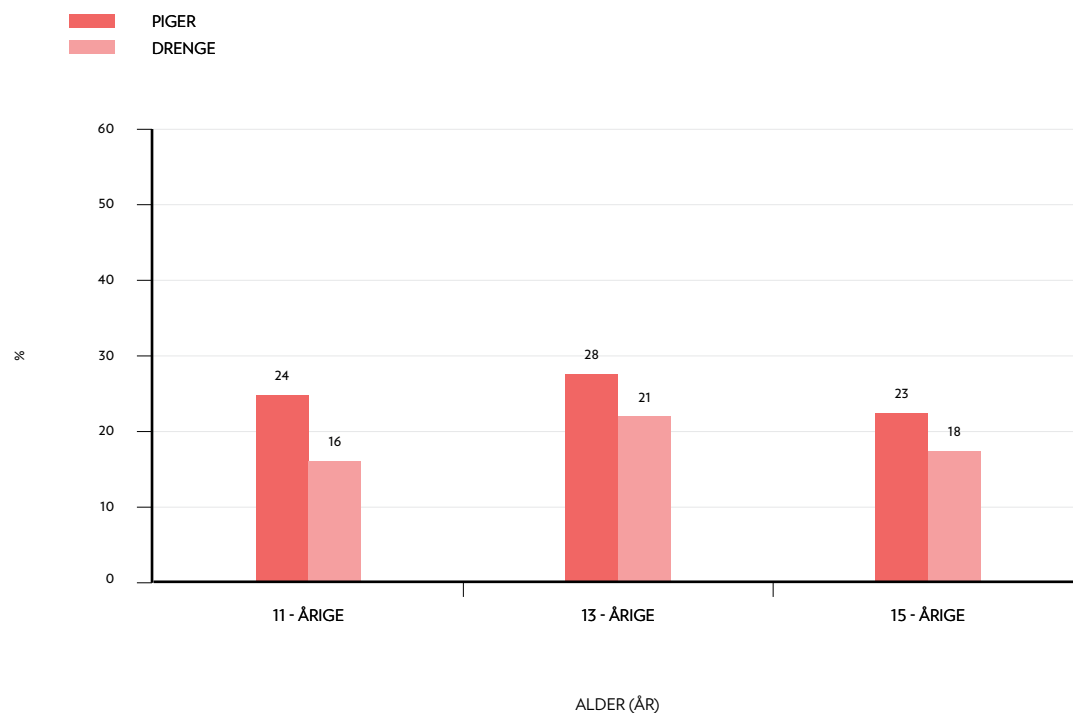


mere generelle. De børn og unge, som oplever at være meget nervøse, er oftere dem, som også oplever hoved- og mavepine, har svært ved at falde i søvn, ikke så ofte er glade, oftere oplever at være ensomme og alene, oftere er stressede og som oftere føler sig triste og deprimerede. Selvom disse symptomer er meget almindelige blandt børn

og unge, er alvorlig påvirkning af hverdagslivet heldigvis sjældnere. Den mindre gruppe af børn, hvor mange af disse symptomer forekommer samtidigt, er dog udsat, og for en række af de psykiske lidelser hos børn og unge er symptomerne, som er beskrevet i dette afsnit, en del af forudsætningen for diagnosticering.

→ FIGUR 4.5

Procentvis andel af 11-, 13- og 15-årige, som er nervøse mindst én gang om ugen (Rasmussen og Due 2011).

**4.2 PSYKOSOMATISKE SYMPTOMER**

Dette afsnit beskriver forekomsten, fordelingen og udviklingen i først mavepine (4.2.1) og dernæst hovedpine (4.2.2). Afsnittene vil også komme ind på mulige følgevanskeligheder og konsekvenser af hhv. hoved- og mavepine.

Hos børn og unge såvel som hos voksne, kommer psykiske belastninger og livsudfordringer ofte ikke alene til udtryk som psykiske symptomer og påvirkninger, men kan give sig til udtryk som fysiske klager, ofte f.eks. i form af smerter. I daglig tale anvendes begrebet psykosomatiske symptomer ofte om denne form for symptomer. Blandt behandelende læger benævner man ofte disse tilstande funktionelle somatiske symptomer, dvs. lidelser

uden nogen bagvedliggende veldefineret somatisk lidelse, og i de senere år anbefales ofte benævnelsen: medicinsk uforklarede symptomer (på engelsk medically unexplained symptoms). Fordelen ved denne benævnelse er, at den ikke automatisk kobler ikke påviste psykologiske mekanismer sammen med det symptom, der rapporteres og opleves af individet (Eminson 2007), og at symptomet dermed registreres og tages alvorligt som et helbredsudtryk i sin egen ret. Medicinsk uforklarede symptomer har dog den ulempe, at betegnelsen indikerer, at fænomenet er en udelukkelsesdiagnose, der først anvendes, når alle somatiske lidelser er udelukket. Scannings- og biofysiologiske undersøgelser tyder dog på, at der findes et neurofysiologisk og biologisk grundlag for disse symptomer, herunder forstyrrelser i selve symptomopfattelsen

og -produktionen, dvs. funktionsforstyrrelser primært i centralnervesystemet. Betegnelsen medicinsk uafklarede symptomer betragtes derfor efterhånden også som for misvisende (Fink 2012). For nylig er den engelske betegnelse 'bodily distress' om de fysiske symptomer introduceret, som en måske mere neutral betegnelse. Symptomer er pr. definition subjektive, og undersøgelser blandt større børn viser, at der er ganske ringe overensstemmelse mellem symptomniveau rapporteret af forældrene i sammenligning med børnenes egen selvrapporering (Sundblad et al. 2006, Nakamura et al. 2012). Vi vil derfor i denne rapport alene beskrive selvrapporateret forekomst af symptomer hos børn og unge.

Vi behandler emnet psykosomatiske symptomer ved to hyppige fysiske smertetilstande hos børn og unge: mavepine (4.2.1) og hovedpine (4.2.2). En stor andel af disse to smertetilstande kan hos børn og unge karakteriseres som medicinsk uforklarede. Vi behandler symptomerne hver for sig, da de kan opfattes som selvstændige symptombilleder med hver deres genese og forståelse (Stanford et al. 2008), men disse symptomer vil ofte være en del af flere symptomer hos børn og unge i de tilfælde, hvor symptomerne er udtryk for psykisk mistrivsel.

4.2.1 Mavepine

Dette afsnit beskriver selvrapporateret forekomst, fordeling og udvikling i mavepine blandt børn og unge, samt mulige følgevanskeligheder og konsekvenser heraf. Der er tale om selvrapporerede data fra spørgeskemaundersøgelser og ikke medicinsk diagnosticeret mavepine i forbindelse med kliniske undersøgelser.

Sammenfatning

Undersøgelser, der anvender selvrapporerede data fra større børn og unge, angiver, at mellem 10 % og

20 % oplever mavepine mindst én gang om ugen. Tilstanden er i alle undersøgelser en del hyppigere blandt piger end blandt drenge, med en fordeling på ca. 60/40, men forekomsten ser ud til at have været relativt stabil i Danmark såvel som internationalt over de sidste mere end 20 år. Der ser ikke ud til at være udtalt social ulighed, når det gælder forekomsten af mavepine hos børn og unge. Der er dog ret få undersøgelser, som beskæftiger sig med emnet, hvorfor konklusionen må anses for usikker.

Indledning

I lægekredse interesserer man sig hovedsageligt for tilbagevendende eller kronisk mavepine hos børn og unge, defineret ved mavepine, som forekommer tre eller flere gange i løbet af en to-tre måneders periode, som har betydning for normale aktiviteter (Rasquin-Weber og Hyman 1999, Rasquin et al. 2006). Forekomsten angives oftest til ca. 10 % blandt børn og unge, men ved nærmere lægelig undersøgelse er det dog kun i ganske begrænset omfang, dvs. hos mellem 5 og 10 % af de børn og unge, som har kronisk mavepine, hvor det er muligt at finde frem til en egentlig biologisk forklaring (Christensen 2004, Rask og Thomsen 2007). De øvrige tilfælde tilskrives problemstillinger, som ikke kan afklares nærmere, dels fysiske årsager, som funktionsforstyrrelser i tarmen, dels psykisk betingede reaktioner, særligt på stressbelastninger af forskellig art, og endeligt som beskrevet ovenfor mulige funktionsforstyrrelser i smerteopfattelse (Alfvén 2003, Fink 2012).

Forekomst, fordeling og udvikling

I denne rapport anvender vi data fra repræsentative befolkningsundersøgelser af børn og unge. I de fleste af disse undersøgelser er der tale om anvendelse af meget enkle mål for mavepine, oftest enkle spørgsmål om barnets/den unges oplevelse af daglige eller ugentlige smerter indenfor en bestemt tidsperiode.

Børnerådets undersøgelse, Mental sundhed 2009 – at føle man er noget værd, der omfatter 834 elever i 7. klasse, har klarlagt, hvor mange der har haft mavepine ca. én gang om ugen eller hyppigere indenfor de sidste to måneder (Hansen 2009). Den samlede andel, som havde oplevet at have mavepine var 23 %, lidt flere piger end drenge.

Skolebørnsundersøgelsesnes landsdækkende undersøgelse har senest i 2010 opgjort andelen af 11-, 13- og 15-årige, som havde mavepine mindst én gang om ugen indenfor de seneste 6 måneder til 12 %, blandt de næsten 5.000 elever, som indgik i undersøgelsen (Rasmussen og Due 2011). Andelen som oplevede mavepine mindst én gang om ugen var næsten dobbelt så høj blandt pigerne: 16 %, mod drengenes 9 %, og forekomsten var nogenlunde stabil over de tre aldersgrupper, dog med den højeste forekomst blandt 13-årige piger: 19 %.

Københavnbarometeret har i deres undersøgelser af alle københavnske 4.-9.-klasser i 2010 og 2011 spurgt børnene, hvorvidt de havde haft symptomer som mavepine indenfor de seneste to uger, mens de var i skole. I 2010 angav 20 % af de 12.129 børn, at de havde haft ondt i maven, og året efter angav 21 % af de 13.120 børn, at de havde haft ondt i maven indenfor de seneste to uger, imens de havde været i skole.

Et repræsentativt udsnit af mere end 7.000 16-24-årige bosiddende i region Midtjylland blev i 2010 inviteret til at deltage i Den nationale sundhedsprofil (Ankersen et al. 2011). I undersøgelsen spørges til, om de unge indenfor den seneste 14 dages periode har været generet af ondt i maven eller oppustet mave. To % af de unge mænd og 10 % af de unge kvinder havde været meget generet af disse symptomer, mens 37 % af kvinderne og 32 % af mændene havde været lidt generet af disse symptomer.

I en periode på otte år frem til 1969, registrerede Øster (1972) forekomsten af mavepine hos en dansk skolepopulation omfattende ca. 2.000 elever mellem 6 og 19 år. Han fandt, at ca. 12 % af drengene og 17 % af pigerne i aldersgruppen samlet led af mavepine, og at forekomsten for både drenge og piger var højest i 9 års alderen, hvor 21 % af drengene og 30 % af pigerne oplyste, at de led af mavepine. Forekomsten faldt derefter med alderen til den laveste forekomst hos de 16-17-årige, ca. 5 %. Dette mønster var konstant over den otteårige periode, hvor populationen blev undersøgt.

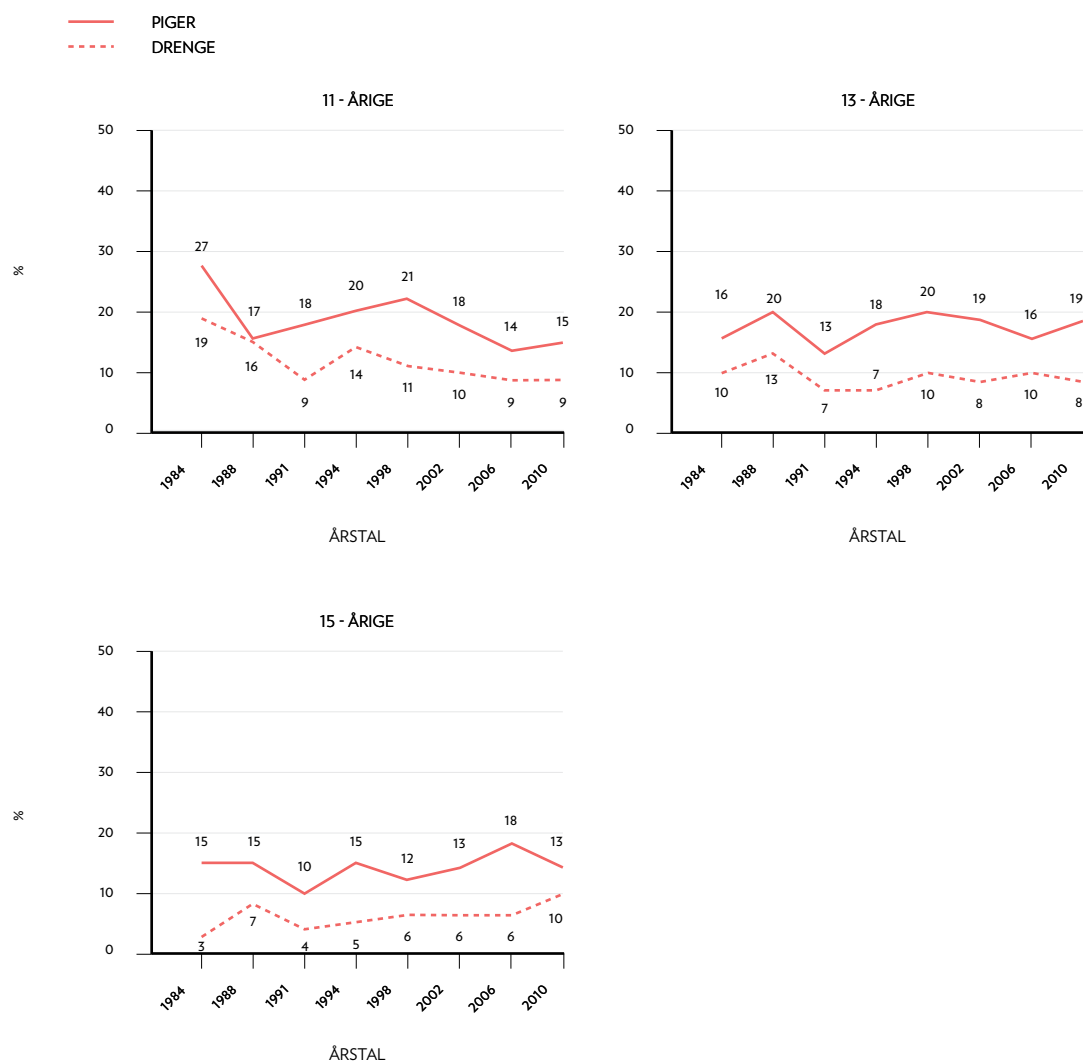
Alle undersøgelser viser højere forekomst af mavepine hos piger og unge kvinder sammenlignet med drenge og unge mænd. Mange steder er forekomsten næsten dobbelt så høj hos pigerne, f.eks. i Skolebørnsundersøgelsen fra 2010, hvor ca. 15 % af pigerne og 9 % af drengene oplevede at have ugentligt mavepine (Rasmussen og Due 2011).

De yngste har generelt en højere forekomst af mavepine sammenlignet med større børn og unge, i de fleste undersøgelser er forekomsten omkring 20 % hos de yngste børn mod 5-10 % blandt de unge. Ikke alle undersøgelser har beskrevet den sociale fordeling af symptomforekomsten, men de undersøgelser, som har, viser samstemmende, at mavepine ikke viser særlige sociale mønstre, og at forekomsten er nogenlunde den samme på tværs af socioøkonomiske grupper.

I Skolebørnsundersøgelsen har mavepine været målt ved børnenes selvrapportering hvert 3.-4. år siden 1984 (Rasmussen og Due 2011). Resultaterne viser, at forekomsten af ugentlig mavepine overvejende har ligget mellem 5 % og 15 % hos drengene og mellem 13 % og 20 % hos pigerne, uden sikre mønstre i forskellene mellem de tre aldersgrupper (se figur 4.6).

→ FIGUR 4.6

Procentvis udvikling i andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som har mavepine mindst én gang om ugen, fra 1984-2010 (Rasmussen og Due 2011).



Der er således ikke tegn på ændringer i forekomsten af mavepine hos 11-15-årige gennem de sidste 20-30 år, og en undersøgelse fra 2005 fastslår, at det ser ud til, at forekomsten af mavepine hos børn har været nogenlunde konstant i de foregående 50 år (Dahl-Larsen et al. 2005). Der er ikke tal, som

beskriver udviklingen i forekomsten af mavepine hos unge.

Følgvanskeligheder og konsekvenser

Kun et fåtal af børn og unge med tilbagevendende mavepine har samme symptomniveau, når de un-

dersøges mange år senere. Studier af udviklingen i symptomniveau over tid hos børn med tilbagevendende mavepine viser, at en mindre andel, ca. 14 %, fortsat har mavepine fem år senere, og at de børn og unge, som fastholdt symptomniveauet over de mange år, havde højere forekomst af depression, angst, dårligt selvværd og i højere grad oplevede at have været udsat for stressende livsbegivenheder ved undersøgelsens start (Mulvaney et al. 2006). Andre undersøgelser bekræfter disse fund (Fearon og Hotopf 2001, Stanford et al. 2008). Men sammenhængen mellem mavepine og psykiske symptomer og psykiske lidelser er fortsat ikke tilstrækkeligt velundersøgt, og der mangler forståelse for hvilke mekanismer, der kan ligge bag en sådan sammenhæng (Palermo et al. 2000). Ved stressende livsbegivenheder forstås eksterne belastninger (livsbegivenheder), som også kaldes stressorer. Det drejer sig eksempelvis om alvorlig sygdom, alvorlige ulykker, dødsfald, forhold i skolen (problemer med lærere, skoleskift, mobning), forhold i familien (om forældrene er gået fra hinanden, problemer med økonomien) og begivenheder med relation til venner (dødsfald eller mistet kontakt).

Hyppig mavepine kan have stor indflydelse på børns daglige aktivitetsniveau, og fører ofte til skolefravær, manglende samvær med venner og manglende deltagelse i fritidsaktiviteter, appetittab og søvnproblemer og har de største implikationer hos større børn sammenlignet med yngre børn (Hotopf et al. 1998, Palermo 2000, Roth-Isigkeit et al. 2005, King et al. 2011). Mavepine hos børn og unge fører i højere grad til henvendelse til sundhedsvæsenet end det gælder for f.eks. hovedpine, mens anvendelse af smertestillende medicin ikke er helt så hyppigt i forbindelse med mavepine hos børn og unge, som ved en række andre tilstande (Perquin et al. 2000, Hansen et al. 2003).

4.2.2 Hovedpine

Vi beskriver i dette afsnit forekomst, fordeling og udvikling i hovedpine blandt børn og unge. Tallene er baseret på selvrapporteringer fra spørgeskemaundersøgelser. Prognose og konsekvenser af at have hovedpine som barn og ung vil også blive beskrevet.

Sammenfatning

Når man spørger store børn og unge, oplyser ca. 15-50 % af dem, at de har haft hovedpine indenfor den sidste eller de to sidste uger, og hovedpine er dermed det hyppigst forekommende symptom hos børn og unge. I alle undersøgelser er forekomsten højere blandt piger, ofte mindst 50 % højere end blandt drengene. Forekomsten af hovedpine er i de fleste undersøgelser også lidt højere blandt de ældste aldersgrupper. Tal fra Skolebørnsundersøgelsen tyder på et fald i forekomsten af hovedpine blandt 11-årige de seneste 25 år, men ingen særlig udvikling i de øvrige aldersgrupper. I lighed med hvad der er gældende for mavepine blandt børn og unge, ser der ikke ud til at være udtalt social ulighed, når det gælder forekomsten af hovedpine. Men kun få danske undersøgelser har beskæftiget sig med emnet, og konklusionen er derfor usikker.

Indledning

Primær hovedpine betegner hovedpine, som ikke har nogen anden oplagt bagvedliggende årsag (f.eks. feber, infektionssygdom, tumor eller lignende) (Hershey 2012). Primær hovedpine inddeles hos børn og unge i flere kategorier, hvoraf spændingshovedpine og migræne er de oftest forekommende. Spændingshovedpine er langt hyppigst, og forekomsten vurderes internationalt til at være så høj som 60 %, indenfor en 3 måneders periode (Abu-Arafeh et al. 2010, Hershey 2012). Migræne forekommer sjældnere, og omkring 8 % af børn og

unge vurderes at lide af migræne (Abu-Arafeh et al. 2010). Langt de fleste hovedpinetilfælde blandt børn og unge udgøres af spændingshovedpine, men for 30-50 % af unge patienter med hovedpine er det ikke muligt klart at skelne mellem, om der er tale om spændingshovedpine eller migræne (Hershey 2012). Migræne forekommer sjældnere hos børn under 14 års alderen, og i den aldersgruppe lige ofte hos drenge og piger (Abu-Arafeh et al. 2010). Hos unge over 14 år ses migræne langt oftere hos kvinder (Abu-Arafeh et al. 2010).

De biologiske mekanismer, der ligger til grund for spændingshovedpine og migræne, er endnu uafklarede. Muskelsmerter, særligt i ryg og nakke, forekommer langt hyppigere hos unge med spændingshovedpine og migræne end hos unge uden hovedpine (Blaschek et al. 2012).

Forekomst, fordeling og udvikling over tid

I Børnerådets undersøgelse, Mental sundhed 2009 – at føle man er noget værd, blandt 7. klasses elever fandtes i efteråret 2008, at 27 % havde haft hovedpine ca. én gang om ugen eller hyppigere indenfor de sidste to måneder (Hansen 2009) (se tabel 4.2). Undersøgelsen viste, at symptomerne oftere ramte pigerne end drengene. I Københavnerbarometerundersøgelsen var forekomsten af hovedpine indenfor de seneste to uger, oplevet i skoletiden blandt børn og unge fra 4.-9.-klasser, hhv. 26 % i 2010 og 27 % i 2011, og i den seneste undersøgelse var forekomsten blandt piger og drenge hhv. 33 % og 22 % (Theilgaard og Mathiesen, 2013). Den seneste Skolebørnsundersøgelse fra 2010 fandt hos nogenlunde samme aldersgruppe, at 23 % af de 11-, 13- og 15-årige havde haft hovedpine mindst én gang om ugen indenfor de seneste seks måneder (Rasmussen og Due 2011). Andelen var også her højest blandt pigerne, 28 %, mod drengenes 17 %, men for begge køn steg forekomsten med alderen samlet fra ca. 18 %

blandt de 11-årige til ca. 26 % blandt de 15-årige. Hos de 16-24-årige i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen fra 2010 kunne denne tendens til højere forekomst af hovedpine blandt den ældste del af de unge genfindes, men da undersøgelserne anvender andre spørgsmålsformuleringer, er tallene ikke umiddelbart sammenlignelige. Andelen af 16-24-årige med meget eller lidt generende smerter de seneste 14 dage var i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2010 hhv. 52,0 % blandt de unge kvinder og 28,0 % blandt de unge mænd, og andelen var næsten uændret i 2013 (Christensen et al. 2012, Christensen et al. 2014).

Mens der i de yngre aldersgrupper ikke ses nogen stærk sammenhæng mellem socioøkonomisk gruppe og hovedpine (Rasmussen og Due 2011), er forekomsten blandt 16-24-årige højere blandt lavere socioøkonomiske grupper. I Region Midtjyllands Sundhedsprofil for unge fandt man f.eks., at forekomsten af hovedpine blandt personer med lavt uddannelsesniveau var 18 %, mens der blandt personer med middel og højt uddannelsesniveau var hhv. 14 % og 12 %, som havde oplevet at være meget generet af hovedpine indenfor de seneste 14 dage (Ankersen et al. 2011).

Figur 4.7 viser, at blandt 11-årige er forekomsten af hovedpine næsten halveret gennem de sidste 25 år, blandt drenge fra 29 % til 15 %, og blandt piger fra 36 % til 21 % (Rasmussen og Due 2011). Blandt de 13-årige har der også været et mindre fald i forekomsten, mens der blandt de 15-årige har været en svagt stigende forekomst blandt drengene og ingen særlig udvikling blandt pigerne. Blandt de 16-24-årige har forekomsten ikke ændret sig fra 2010-2013, hvor målingerne har været foretaget med sammenlignelige data.

→ **TABEL 4.2**

Resultater fra danske undersøgelser af forekomst af hovedpine blandt 10-24-årige i Danmark.

UNDERSØGELSE *	ALDERS-GRUPPE	HOVEDPINE MINDST 1 GANG UGENTLIGT DE SIDSTE TO MÅNEDER	HOVEDPINE I DE SIDSTE 2 UGER I SKOLETIDEN	HOVEDPINE MINDST 1 GANG UGENTLIGT DE SIDSTE 6 MÅNEDER	MEGET/LIDT GENERET AF HOVEDPINE DE SENESTE 14 DAGE
MENTAL SUNDHED 2009 – AT FØLE MAN ER NOGET VÆRD (HANSEN 2009)	13 ÅR	› 27 %			
KØBENHAVNER-BAROMETER-UNDERSØGELSE (THEILGÅRD OG MATTHISEN 2013)	10-15 ÅR		› 26 %		
SKOLEBØRNSUNDERSØGELSE 2010 (RASMUSSEN OG DUE 2011)	11-, 13-, 15-ÅRIGE			› 23 %	
SUNDHEDS- OG SYGELIGHEDSUNDERSØGELSE 2010 (CHRISTENSEN ET AL. 2012)	16-24-ÅRIGE				› 40 %
DEN NATIONALE SUNDHEDSPROFIL 2013 (CHRISTENSEN ET AL. 2014)	16-24-ÅRIGE				› 40 %

* FOR FLERE DETALJER OM DE OMTALTE UNDERSØGELSER SE RAPPORTENS APPENDIKS.

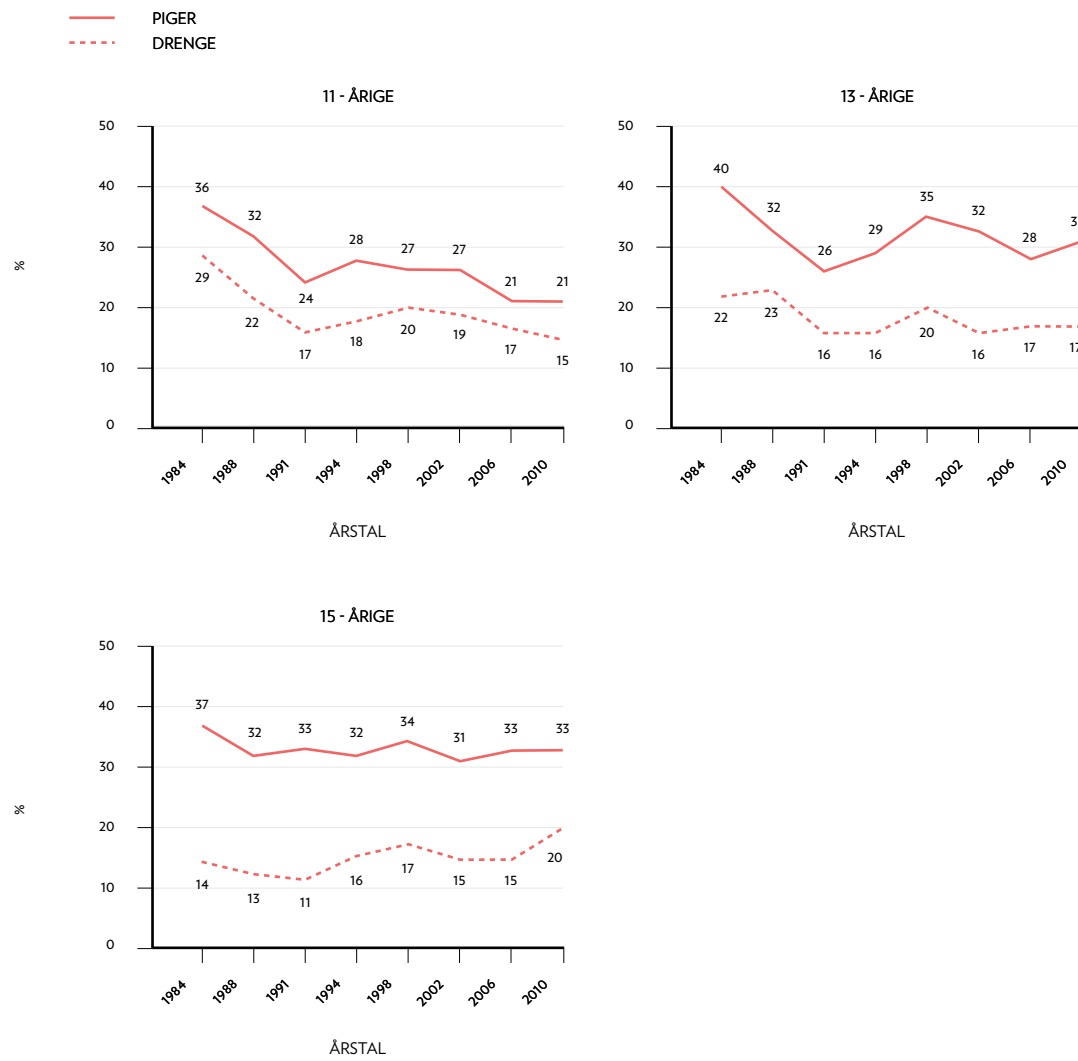
Følgvanskeligheder og konsekvenser

Udover den belastning hovedpine udgør for den unges dagligdag og evne til at passe skolen og deltage i de daglige aktiviteter, giver hovedpine hos unge mennesker også en øget risiko for kronisk hovedpine og for fysiske og psykiske symptomer som voksen (Brna et al. 2005, Fearon og Hotopf

2001). En finsk opfølgingsundersøgelse har f.eks. vist, at 8-årige børns egen oplevelse af at have hovedpine øger risikoen for psykiske symptomer i 24 års alderen betragteligt, og at det næsten fordobler risikoen for at anvende antidepressiv medicin i samme alder (Luntamo et al. 2012).

→ **FIGUR 4.7**

Procentvis udvikling i andelen af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som har hovedpine mindst én gang om ugen, fra 1984-2010 (Rasmussen og Due 2011).



4.3 MEDICINFORBRUG

Det følgende afsnit handler om medicinforbrug blandt børn og unge, kønsforskelle, aldersforskelle og ændringer over tid i forbrug af medicin, samt forbrugets mulige følgevanskeligheder og konsekvenser.

Sammenfatning

Medicinbrug blandt børn og unge er generelt et underbelyst område, men de få undersøgelser, som eksisterer, peger på, at børn og unges forbrug af lægemidler mod almindelige symptomer er udbredt, og at medicinforbrug som ung øger risikoen for at have et højt forbrug af medicin som voksen. Flere piger end drenge bruger medicin mod symptomer, og kønsforskellen øges med alderen. Fra 1988-2010 steg andelen af 15-årige drenge, som bruger medicin mod hovedpine mindst én gang om måneden fra 17 % til 40 %, og forekomsten steg fra 37 % til 60 % blandt de jævnaldrende piger. Der eksisterer ikke tal, som kan vise udviklingen i medicinforbrug blandt 16-24-årige. Der er et stærkt socialt mønster i børn og unges medicinforbrug, således at børn og unge i lavere socioøkonomiske grupper har et højere medicinforbrug end børn med baggrund i de højere socioøkonomiske grupper. Eksempelvis er der 35 % højere frekvens af medicinforbrug mod hovedpine hos børn fra lav socioøkonomisk gruppe sammenlignet med børn fra høj socioøkonomisk gruppe, og tre gange så stor risiko for at bruge medicin for at mindske nervøsitet.

Indledning

Medicinforbrug for smerter og psykosomatiske symptomer blandt børn og unge udgør et vigtigt folkesundhedsaspekt (Tomas et al. 2006). Forbruget er hyppigt (Hansen et al. 2003, Furu et al. 2005, Vernacchio et al. 2009, Gobina et al. 2011) og har været stigende over tid (Holstein et al. 2003, Hög-

berg et al. 2005, Tomas et al. 2006, Wu et al. 2008, Carrasco-Garrido et al. 2009, Holstein et al. 2009, Du og Knopf 2009, Hartz et al. 2012), uden at der er sket en tilsvarende stigning i de symptomer, medicinen angives at tages for (Andersen et al. 2011).

Selvom brug af medicin ofte betragtes som en fornuftig adfærd, er et stort forbrug og/eller et overforbrug ikke ufarligt. Håndkøbslægemidler som indeholder paracetamol eller acetylsalicylsyre kan f.eks. i større doser give bivirkninger i form af leverskader, blødninger i mave/tarm-kanalen (Sweetman 2007) og overforbrugshovedpine (Diener og Limmroth 2004, Wiendels et al. 2005). Desuden er paracetamol det hyppigst anvendte stof til selvmordsforsøg blandt børn og unge (Borna et al. 2001, Townsend et al. 2001), og brug af beroligende medicin og sovemidler kan skabe misbrug og afhængighed (Sweetman 2007).

En del børn og unge bruger medicin, uden at de samtidig har det symptom, som medicinen angives at være taget for at dulme (Andersen et al. 2011). Undersøgelser peger bl.a. på, at mange børn og unge benytter smertestillende medicin for andet end smerter (Hansen et al. 2008, Andersen et al. 2009) f.eks. til at behandle tilstande som generelt ubehag, tidspres i familien, stress og udsættelse for mobning (Allotey et al. 2004, Hansen et al. 2009, Vucovic et al. 1999, Borup et al. 2010, Due et al. 2007). Dette er både en uhensigtsmæssig brug af lægemidler såvel som en uhensigtsmæssig måde at håndtere stress, belastninger og ubehag på.

Forskning i medicinforbrug blandt børn og unge har ofte brugt forældres besvarelser om deres børns brug af lægemidler. Forældrene ved sandsynligvis, hvilke lægemidler deres små børn har fået, men de ved ikke nødvendigvis, hvilken medicin og hvor meget de større børn har fået, da de kan få medicin fra andre end deres forældre

(Holstein et al. 2008). Mange børn begynder allerede at selvmedicinere med bl.a. smertestillende lægemidler i 11 års alderen (Dengler og Roberts 1996, Sloand og Vessey 2001). Undersøgelser viser, at børn og unge forstår spørgsmål om medicin, og der er generelt en høj overensstemmelse mellem forældres og 11- og 13-årige børns besvarelser på spørgsmål om medicin, når det drejer sig om medicin for f.eks. nervøsitet og astma. Børnene rapporterer imidlertid, at de har et højere forbrug af medicin for hovedpine, end det deres forældre rapporterer (Andersen et al. 2007). Skolebørnsundersøgelsen viser desuden meget høj sammenhæng mellem hyppighed af symptomer som hovedpine og mavepine og brug af medicin mod disse symptomer (Due et al. 2007). Redskabet til at måle børns medicinforbrug virker således validt og sikrer andre og mere relevante data end dem, man ville være i stand til at få via lægemiddelstatistikker. I tabel 4.3 ses en oversigt over de anvendte spørgsmålsformuleringer i de danske undersøgelser, som vi baserer dette afsnit på.

Forekomst, fordeling og udvikling over tid

Børn og unges forbrug af lægemidler mod almindelige symptomer er udbredt (Andersen et al. 2011). En meget stor andel af 11-15-årige danske piger og drenge bruger medicin mod hovedpine, i 2010 var forekomsten over den seneste måned 49 % blandt pigerne og 37 % blandt drengene, og andelen steg med alderen (Rasmussen og Due 2011) (se figur 4.8). En opfølgingsundersøgelse, som fulgte forbruget af medicin mod hovedpine hos unge fra de var 15 år (i 1990) til 19 år (1994) og 27 års alderen (2002) fandt, at forbruget steg yderligere fra 15 til 19 års alderen med ca. 40 %, og at det yderligere steg med ca. 25 % for unge mænd, frem til 27 års alderen (Andersen et al. 2009).

Hver fjerde pige tager medicin mod mavepine, og også her stiger forbruget med alderen, fra 13

% hos de 11-årige piger til 35 % blandt de 15-årige. Forbruget af medicin mod mavepine er ikke lige så højt blandt drenge, 8 %, og der er et let fald i forekomsten af månedligt forbrug med alderen hos drengene. Under 7 % blandt både drenge og piger i alle aldersgrupper tager medicin mod nervøsitet og søvnproblemer, og forekomsten af denne type medicin i Skolebørnsundersøgelsen er ikke relateret til alder.

Adskillige undersøgelser peger på køns- og aldersforskelle i medicinbrug. Flere piger end drenge tager medicin, og denne forskel øges med alderen. Eksempelvis viser tal fra Skolebørnsundersøgelsen Sønderjylland, at ca. 44 % af pigerne i 7. klasse tog medicin mod hovedpine sammenlignet med ca. 30 % af drengene på samme klassetrin. Kønsforskellen steg i 9. klasse, hvor der var omkring 54 % af pigerne og 37 % af drengene, der havde taget hovedpinepiller (Holstein et al. 2004). Dengler og Roberts (1996) finder, at den mest slående køns- og aldersforskel ses, når det drejer sig om smertestillende håndkøbsmedicin, der benyttes hyppigst af piger.

Fra 1984-2010 steg forbruget af medicin mod hovedpine hos begge køn og i alle tre aldersgrupper, som indgår i Skolebørnsundersøgelsen, f.eks. fra 17 % til 40 % blandt de 15-årige drenge og fra 37 % til 60 % blandt de jævnaldrende piger (Andersen et al. 2011) (se figur 4.9). Forbruget af medicin mod mavepine er også steget i samme periode, f.eks. fra 2 % til 7 % blandt 15-årige drenge og blandt pigerne ses en stigning fra 18 % til 35 %. Også andelen som bruger medicin mod nervøsitet eller søvnbesvær er steget siden 1980'erne (Andersen et al. 2011).

Studier viser en sammenhæng mellem lav socioøkonomisk gruppe og forbrug af håndkøbsmedicin (Da Silva og Gigliani 2004, Holstein et al. 2004).

→ **TABEL 4.3**

Undersøgelser af børn og unges medicinforbrug og de anvendte spørgsmålsformuleringer.

UNDERSØGELSE *	SPØRGSMAÅLSFORMULERING
SKOLEBØRNSUNDERSØGELSEN 2010 (RASMUSSEN OG DUE 2011)	<ul style="list-style-type: none"> › Indenfor den sidste måned, har du taget piller eller medicin for...(herefter nævnes hovedpine, mavepine, nervøsitet eller søvnbesvær)? Svar: Nej, Ja, en gang, Ja, flere gange › Tænk på de sidste 6 måneder: Hvor ofte har du haft/været ...(herefter nævnes hovedpine, mavepine, nervøsitet eller søvnbesvær)? Svar: Næsten hver dag, Mere end én gang om ugen, Næsten hver uge, Næsten hver måned, Sjældent eller aldrig. › Man kan beregne medicinforbrugsadfærden i relation til symptomets hyppighed. Der spørges ikke til, hvilken specifik medicin eleverne har taget, eller til brug af medicin for andet end de fire symptomer, der er fokus på i undersøgelseerne.
THE DANISH LONGITUDINAL HEALTH BEHAVIOUR STUDY (ANDERSEN ET AL. 2009)	<ul style="list-style-type: none"> › Har du indenfor de sidste 14 dage taget piller mod hovedpine? Svar: Nej, En eller nogle få gange, dagligt.
HEALTH AND WELFARE AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE NORDIC COUNTRIES 1996 (ANDERSEN ET AL. 2012)	<ul style="list-style-type: none"> › Her svarer forældrene på barnets brug af håndkøbsmedicin for hovedpine, led- eller muskelsmerter, forkølelse, hoste, feber, søvnløshed eller nervøsitet, træthed, mavepine eller forstoppelse indenfor de seneste 4 uger. Derudover svarer forældrene på, hvorvidt barnet har haft disse symptomer, og om det har været i mild, middel eller svær grad.

* FOR FLERE DETALJER OM DE OMTALTE UNDERSØGELSER SE RAPPORTENS APPENDIKS 1.

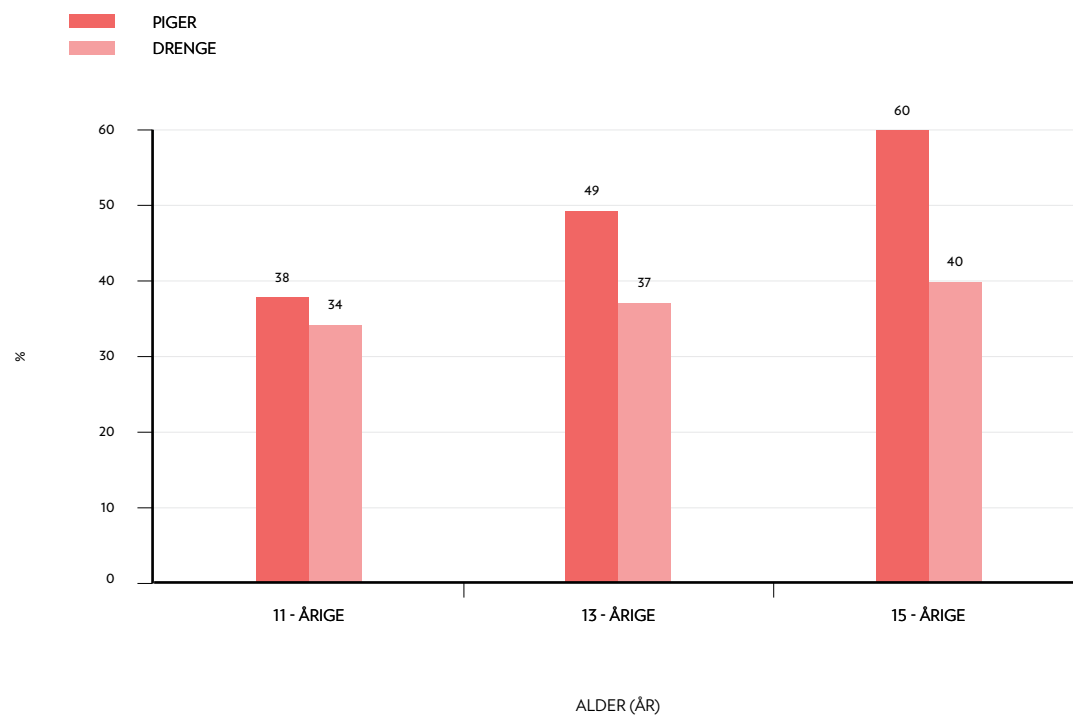
Eksempelvis er der 35 % større risiko for at bruge medicin mod hovedpine blandt børn fra lav socioøkonomisk gruppe sammenlignet med børn fra høj socioøkonomisk gruppe, og tre gange så stor risiko for at bruge medicin for at mindske nervøsitet (Holstein et al. 2004).

Følgvanskeligheder og konsekvenser

Unge med et uhensigtsmæssigt højt forbrug af medicin vil også senere i livet være blandt dem med det højeste forbrug. Eksempelvis viser en undersøgelse, at brug af smertestillende håndkøbsmedicin i 15 års alderen øger risikoen for medicinforbrug i 19 års alderen, og at medicinforbrug i 19

→ FIGUR 4.8

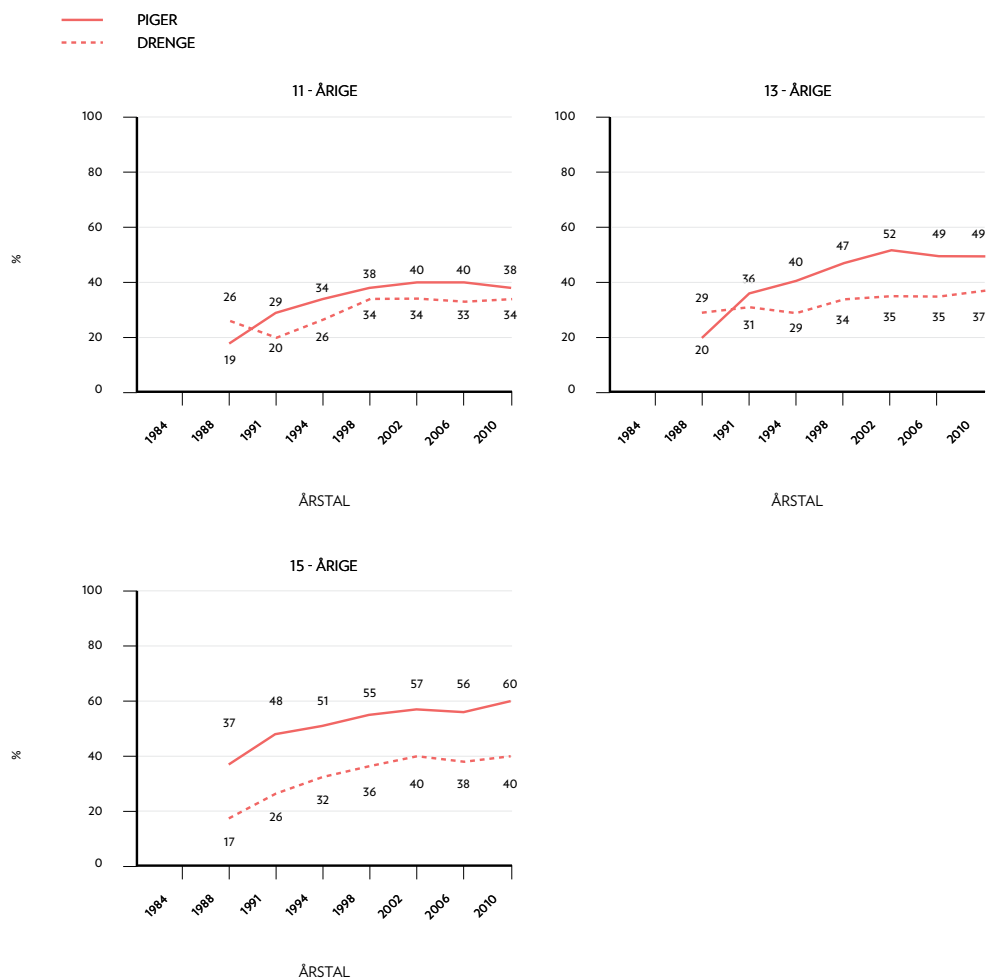
Procentvise andel af 11-, 13- og 15-årige, som indenfor den sidste måned, har brugt lægemidler mod hovedpine (Rasmussen og Due 2011).



års alderen bidrager til at forudsige medicinforbrug i 27 års alderen (Andersen et al. 2009). Blandt drenge er risikoen for at bruge medicin i 19 års alderen tre gange så stor, hvis de brugte medicin i 15 års alderen, som hvis de ikke anvendte medicin som 15-årige. Den tilsvarende risiko er dobbelt så stor for piger. Det er således vigtigt fremadrettet at få et bedre indblik i baggrunden for børn og unges medicinforbrug, ligesom det er vigtigt at undersøge betydningen af forbrug og tilgængelighed i de unges omgivelser.

→ FIGUR 4.9

Procentvise udvikling i andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, som har brugt lægemidler mod hovedpine den seneste måned, 1988-2010 (Rasmussen og Due 2011).



4.4 STRESS

I dette afsnit beskrives forekomsten, fordelingen og udviklingen i stress målt som selvoplevet stress blandt danske børn og unge. Afsnittet giver også et indblik i de mulige følgevanskeligheder og konsekvenser af stress hos børn og unge.

Sammenfatning

Op imod hver femte danske barn og ung i 10-24 års alderen føler sig ofte stresset. Mens hver fjerde føler sig stresset mindst én gang om ugen, har mellem 1-8 % af børn og unge denne følelse dagligt. Der er flere piger end drenge, som føler sig stressede. Der er også en tendens til, at forekomsten af stress stiger med alderen. Stress blandt børn og unge ser ud til at hænge sammen med so-

ocioøkonomisk gruppe, idet børn og unge fra familier med lav materiel velstand er mere tilbøjelige til at opleve stress end børn og unge fra familier med højere materiel velstand. Ligeledes er der en større andel børn og unge med højt stressniveau blandt dem med et lavt uddannelsesniveau (ca. 38 %) og blandt dem uden for arbejdsmarkedet (ca. 45 %) sammenlignet med gennemsnitsforekomsten på 20 %. Udviklingen i forekomsten af stress over tid er kun undersøgt blandt unge i alderen 16-24 år. Her er der en tendens til, at forekomsten af stress stiger over tid for begge køn, og at stigningen er tydeligst blandt de unge kvinder.

Indledning

Stress kan defineres som en tilstand karakteriseret ved ulyst og anspændthed. I daglig tale siger personer ofte, at de er stressede, når de oplever at have travlt, og når de føler, at tingene vokser dem over hovedet. Det kan føre til symptomer som koncentrationsbesvær, træthed, irritabilitet og søvnløshed. Stress kan udløse forskellige sygdomme, men er ikke en sygdom i sig selv (Netterstrøm 2007). Stressforskningen domineres af tre forskellige tilgange til måling af stress, som hver især fokuserer på forskellige aspekter af stressprocessen: 1) den stimuli-orienterede tilgang, hvor stress ses som en tilstand, der opstår, når individet udsættes for belastninger i omgivelserne, 2) den respons-orienterede tilgang, som fokuserer på at måle mentale og kropslige reaktioner, som opstår som følge af stressbelastninger og 3) den interaktionistiske tilgang, hvor fokus er på individets egen oplevelse af, hvorvidt situationer er stressende eller ej (Lazarus og Folkman 1984, Cohen et al. 1988, Derogatis og Coons 1993).

Blandt danske unge er stress primært blevet undersøgt ved at måle stress. I dette afsnit beskæftiger vi os med stressmål, der spørger direkte til stress eller til hvordan individet håndterer stress.

En del undersøgelser anvender indirekte mål, som søger at indfange stress ved at spørge til oplevelsen af tidspress eller ved at spørge de unge, om de føler, at de har for meget at se til. Disse undersøgelser er ikke medtaget i denne rapport, ligesom vi heller ikke har medtaget biologiske målinger af stress.

Forekomst, fordeling og udvikling over tid

I undersøgelser af stress blandt børn og unge anvendes mange forskellige mål, og det er derfor svært at sammenligne resultaterne. I en undersøgelse (Mental sundhed 2009 – at føle man er noget værd) er 7. klasses elever blevet spurgt, om de føler sig stressede (Hansen 2009). Hver fjerde 7. klasses elev oplever ifølge denne undersøgelse stress mindst én gang ugentligt (se tabel 4.4). I undersøgelsen kaldet Ungeshverdag.dk har man målt stress blandt unge i 8.-9. klasse og omregnet stressintensitet og stresshyppighed til en samlet score (Nielsen et al. 2007, Hansson og Vinther-Larsen 2008). De finder, at mellem 4-8 % oplever at have "højt niveau af stress", og mere end 40 % af de unge i 8. og 9. klasse oplever "medium" stress. På tværs af undersøgelser og mål kan man lidt groft angive, at mellem 2-8 % oplever høj grad af stress (f.eks. meget ofte/dagligt), mens mellem 8-46 % ofte oplever stress (se tabel 4.4).

Samtlige undersøgelser finder, at en større andel af pigerne oplever at være stresset, sammenlignet med drengene (Hansson og Vinther-Larsen 2008, Hansen 2009, Nielsen og Sørensen 2010, Sundhedsstyrelsen 2010, Christensen et al. 2010, Christensen et al. 2014). I undersøgelsen kaldet Når det er svært at være ung i Danmark er det godt 2 % blandt de 15-24-årige kvinder, som altid føler sig stresset og 22 % som ofte føler sig stresset (Nielsen 2010). De tilsvarende tal for de unge mænd er godt 1 % og 16 % (se figur 4.10).

→ **TABEL 4.4**

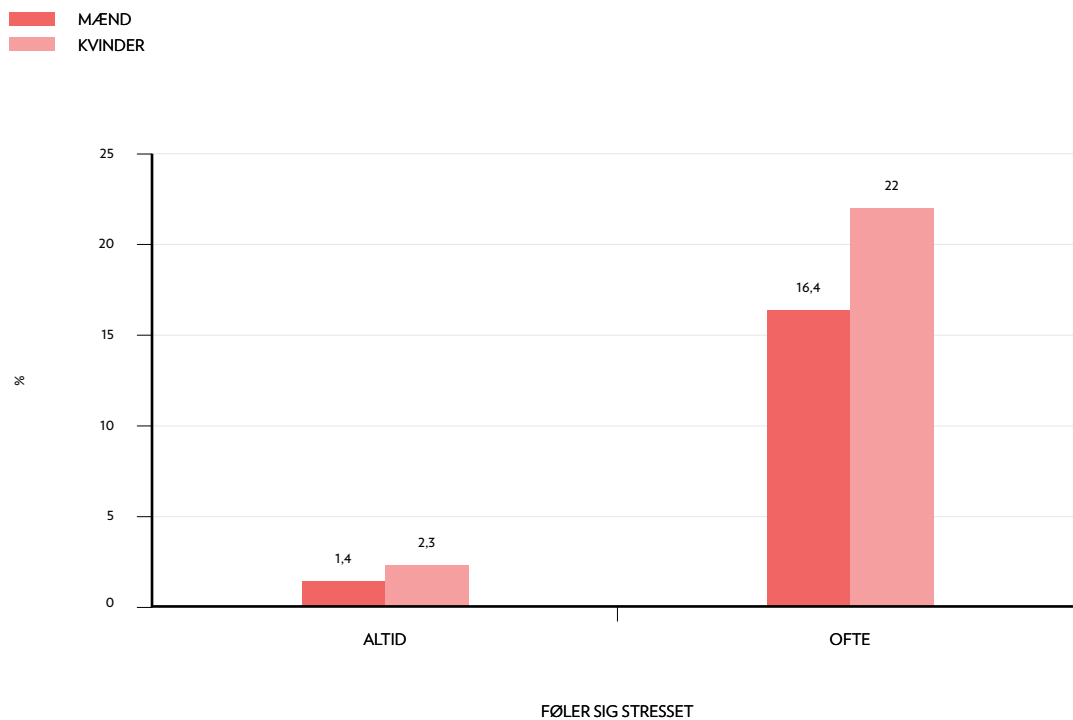
Resultater fra danske undersøgelser af stress blandt unge mellem 11 og 24 år.

UNDERSØGELSE *	ALDRSRUPPE	OPLEVER OFTE STRESS	OPLEVER NÆSTEN ALTID STRESS
MENTAL SUNDHED 2009 - AT FØLE MAN ER NOGET VÆRD (HANSEN 2009)	› 7. klasse	› 23 % oplever stress en gang om ugen eller mere	› 2 % oplever stress stort set hver dag
UNGESHVERDAG.DK (HANSSON OG VINTHERR-LARSEN 2008)	› 8. klasse	› 42 % medium stress	› 4 % høj stress
	› 9. klasse	› 46 % medium stress	› 8 % høj stress
UNDERSØGELSE AF 11-15-ÅRIGES LIVSSTIL OG SUNDHEDSVANER 1997-2008 (SUNDHEDSSTYRELSEN 2010)	› 11-15-årige	› 38 % lidt stressede i hverdagen	› 4 % meget stressede i hverdagen
NÅR DET ER SVÆRT AT VÆRE UNG I DANMARK - UNGES TRIVSEL OG MISTRIVSEL I TAL (NIELSEN OG SØRENSEN 2010)	› 15-24-årige	› 19 % ofte stressede	› 2 % altid stressede
HVORDAN HAR DU DET? 2010. SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER - UNGE (ANKERSEN ET AL. 2011)	› 16-24-årige	› 20 % med højt stressniveau	
SUNDHEDS- OG SYGELIGHEDSUNDERSØGELSE 2005 (EKHOLM 2006)	› 16-24-årige	› 8 % føler sig ofte stresset i dagligdagen	
DEN NATIONALE SUNDHEDSPROFIL 2013 (CHRISTENSEN ET AL. 2014)	› 16-24-årige	› 14 % føler sig ofte nervøs eller stresset	› 5 % føler sig meget ofte nervøs eller stresset
DEN NATIONALE SUNDHEDSPROFIL 2013 (CHRISTENSEN ET AL. 2014)	› 16-24-årige	› 24 % har højt stressniveau	

* FOR FLERE DETALJER OM DE OMTALTE UNDERSØGELSER SE RAPPORTENS APPENDIKS 1.

→ FIGUR 4.10

Procentvis andel af 15-24-årige kvinder og mænd som altid eller ofte føler sig stressede (Nielsen og Sørensen 2010).



Region Midtjyllands Sundhedsprofil for unge måler 16-24-årige unges oplevelse af stress og evne til at håndtere stress med stressmålet, der på engelsk hedder the Perceived Stress Scale (PSS) (Ankersen et al. 2011). Her er definitionen af højt stressniveau defineret på forhånd, som de 20 %, der scorer højest på skalaen. Skalaen kan således ikke anvendes til at bestemme forekomster, men til at beskrive fordelinger i forhold til køn og alder. Undersøgelsen viser, at der er flere unge kvinder end mænd i den gruppe på 20 %, som scorer højest på stressskalaen.

Børnerådets undersøgelse fra 2009 undersøger også 7. klasses elevers håndtering af stress med udsagnet: "Jeg er god til at klare stressede situa-

tioner" (Hansen 2009). Hertil svarer 14 %, at det "passer ikke", 58 % at det "passer delvist" og 28 % at det "passer godt". Der er flere drenge end piger, der angiver, at det passer godt, at de er gode til at klare stressede situationer.

Sandsynligheden for, at de 11-15-årige oplever stress i deres hverdag, bliver større, jo ældre de er (Sundhedsstyrelsen 2010), og også i undersøgelsen af 15-24-årige viser resultaterne, at forekomsten af stress stiger med alderen (Nielsen et al. 2010).

En anden dansk undersøgelse viser, at stress hænger sammen med familiens socioøkonomiske gruppe, således at unge fra familier med lav materiel velstand er mere tilbøjelige til at opleve

stress end unge fra familier med højere materiel velstand (Nielsen et al. 2007). Region Midtjyllands Sundhedsprofil for unge bekræfter disse fund (Ankersen et al. 2011). I undersøgelsen er der en større andel med et højt stressniveau blandt unge med et lavt uddannelsesniveau (38 %) og blandt unge uden for arbejdsmarkedet (45 %), sammenlignet med den gennemsnitlige forekomst på 20 %. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen har målt udviklingen af stress blandt unge siden 1987 (Christensen et al. 2014) (se figur 4.11). Figur 4.11 viser, at der ifølge Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen er sket en stigning i andelen af unge, som ofte føler sig stresset i dagligdagen i perioden 1987 til 2005. I 1987 var der 3 % af de unge mænd, som ofte følte sig stressede i dagligdagen, mens der i 2005 var 6 %, som ofte følte sig stressede. Blandt de unge kvinder var der i 1987 4 %, som ofte følte sig stressede i dagligdagen, mens tallet i 2005 var 10 % (Christensen et al. 2014).

I perioden 2005 til 2013 sker der ifølge Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen og Den nationale sundhedsprofil en stigning i andelen af 16-24-årige kvinder, der ofte føler sig nervøse og stressede. I 2005 var der 8 % af de unge mænd og ca. 14 % af de unge kvinder, der ofte eller meget ofte følte sig nervøse eller stressede. I 2010 følte 11 % af de unge mænd og 21 % af de unge kvinder sig ofte eller meget ofte nervøse og stressede. Det er vigtigt at være opmærksom på, at dette stressmål omhandler både nervøsitet og stress. I 2013 var der 11 % af de unge mænd og 26 % af de unge kvinder, der ofte eller meget ofte følte sig nervøse eller stressede.

I perioden 2005 til 2010 viser Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen også en stigning i stress målt med PSS blandt de 16-24-årige. I 2005 var der 12 % af de unge mænd og 22 % af de unge kvinder, som havde et højt stressniveau, hvilket steg til en

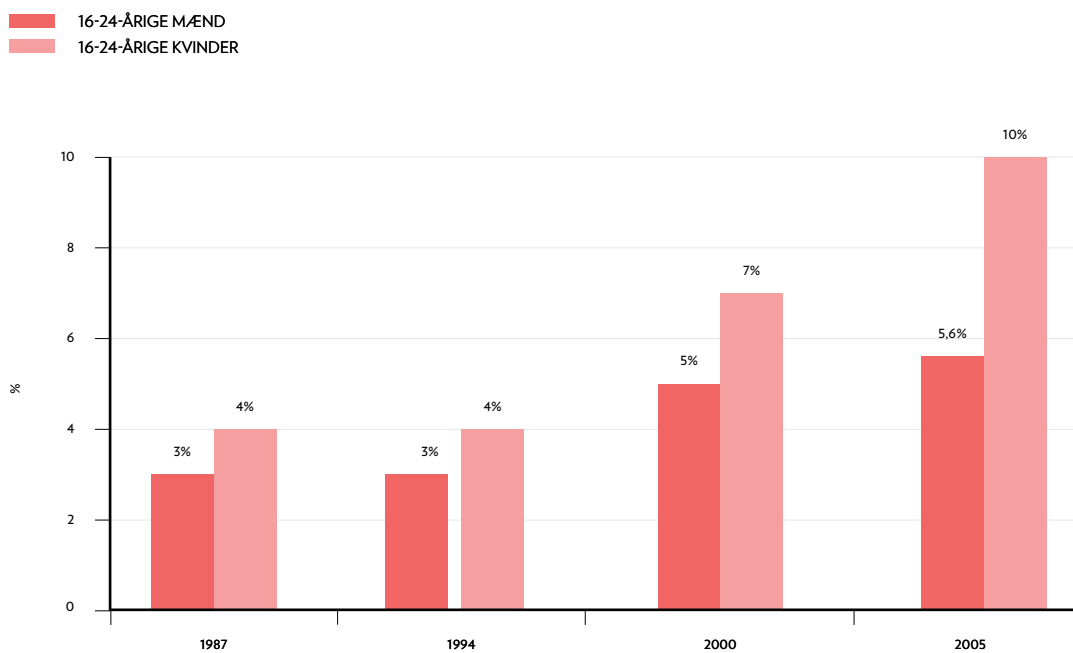
forekomst af højt stressniveau på 18 % blandt de unge mænd og 32 % blandt de unge kvinder i 2010 (Christensen et al. 2012). Den nationale sundhedsprofil viser, at der frem til 2013 skete et mindre fald i andelen af unge mænd med højt stressniveau og en mindre stigning blandt de unge kvinder, da der her var 16 % unge mænd og 33 % unge kvinder med højt stressniveau (Christensen et al. 2014).

Følgevanskeligheder og konsekvenser

Det vides ikke om oplevelsen af at være stresset i ungdomsårene øger risikoen for stress i voksenlivet. Men stress blandt unge hænger sammen med selv vurderet helbred, således at unge der oplever stress vurderer deres helbred dårligere end unge, der ikke oplever stress (Nielsen et al. 2007, Nielsen et al. 2010). Der er ligeledes en sammenhæng mellem stress og oplevelsen af meningsløshed. Unge, som oplever stress, er mere tilbøjelige til at opleve meningsløshed end unge, der ikke oplever stress (Nielsen et al. 2010). Stress blandt unge kan derudover være relateret til alvorlige mentale problemer som f.eks. depression (Byrne et al. 2007). Stress er også fundet at være relateret til sundhedsadfærd hos unge. Unge, der føler sig stressede, har oftere et højt indtag af alkohol (Byrne et al. 2007, Nielsen et al. 2007), sover mindre (Nielsen et al. 2007), er fysisk inaktive og er oftere rygere (Byrne et al. 2007). Der ses også en sammenhæng mellem unges stressniveau og deres brug af medicin, således at stressede unge er mere tilbøjelige til at anvende medicin (Koushede og Holstein 2009). Stress er desuden fundet at være associeret til overvægt blandt unge, hvor et systematisk review finder, at unge som oplever kronisk stress er mere overvægtige (Vriendt et al. 2009).

→ FIGUR 4.11

Procentvis andel som ofte føler sig stresset i dagligdagen i aldersgruppen 16-24 år, 1987-2005 (Christensen et al. 2014).



4.5 SØVNPROBLEMER

Dette kapitel skildrer forekomsten, fordelingen og udviklingen i forskellige aspekter af søvn hos børn og unge. Der skelnes i afsnittet mellem unges søvnkvantitet, altså antal timers nattesøvn, og søvnkvaliteten. Kapitlet giver desuden et indblik i de mulige følgevanskeligheder og konsekvenser af søvnproblemer.

Sammenfatning

Danske undersøgelser viser, at ca. hver femte 11-årige sover mindre end de officielle anbefalinger, mens det blandt de 15-årige gælder for at tre ud af fire. Blandt den ældste gruppe på 15-24 år er det ca. hver fjerde, der sover mindre end 7 timer om natten. 10 % af de 11-15-årige sover dårligt om natten mindst én gang om ugen, og ca. 25 % har svært

ved at falde i søvn ofte eller meget ofte. Andelen, som oplever træthed om dagen flere gange om ugen, stiger med alderen. Således er der 44 % af de 11-årige og 66 % af de 15-årige, der oplever dette. Omkring 7 % af de 15-24-årige har svært ved at falde i søvn dagligt og 15 % oplever dette ugentligt. Ca. 10 % af drengene og 25 % af pigerne er meget generet af træthed. Der ses ikke en tydelig social ulighed i forekomsten af søvnproblemer. Det er dog kun få undersøgelser, som beskæftiger sig med dette emne, hvilket gør det svært at drage endelige konklusioner. I 1984 var det 15 % af de 11-15-årige, som lå i deres seng mindre end de anbefalede 9 timer pr. nat. I 2010 var tallet steget til 47 %. Andelen af 13-15-årige, der har problemer med at falde i søvn, er også steget fra 18 % i 1984 til ca. 28 % i 2010. Og blandt de 11-15-årige var det i 1988 ca. hver tredje, der var træt om morgenen mindst én

gang om ugen, mens tallet i 2010 var steget til ca. tre ud af fire. Udviklingen i andelen af 16-24-årige, der oplever søvnbesvær og træthed, er ligeledes steget fra 4 % i 1987 til 2005 knapt 16 % i 2005.

Indledning

Problemer med at falde i søvn, dårlig søvnkvalitet, utilstrækkelig søvn og træthed i løbet af dagen er ofte forekommende blandt børn og unge (Ohayon et al. 2000, Roberts et al. 2009, Wolfson and Richards 2011). Problemerne kan både skyldes fysiologiske ændringer, som opstår i puberteten, men også udefrakommende forhold (Millman 2005, Vallido et al. 2009, Dewald et al. 2010). Eksempelvis er der en betydelig del af unge, der sover for lidt om natten pga. f.eks. bekymringer, stressbelastninger og mistroivsel, eller pga. elektroniske medier inden sengetid, uregelmæssige sengetider eller forældres holdninger og vaner (Millman 2005, Sukanuma et al. 2007, Roberts et al. 2009, Wolfson og Richards 2011).

Søvn er et vigtigt aspekt i en rapport om mental sundhed blandt børn og unge, fordi problemer med at falde i søvn og dårlig søvnkvalitet kan være udtryk for f.eks. mistroivelsesproblemer og bekymringer, og fordi det kan medføre nedsat søvnmængde og efterfølgende træthed i dagtimerne. Forhold som i sig selv har betydning for den daglige trivsel og for velbefindendet hos barnet eller den unge.

I denne rapport skelner vi mellem søvnkvantitet og -kvalitet, og læner os på den måde op ad en skelnen, som bruges andre steder i litteraturen om søvn (Pilcher et al. 1997). Søvnkvantiteten defineres normalt som antal timers nattesøvn. Behovet for søvn nedsættes med alderen (Danker-Hopfe 2011), og Sundhedsstyrelsen anbefaler 9-11 timers søvn pr. nat for de 7-12-årige, og 8-10 times søvn til de 13-18-årige unge (Sundhedsstyrelsen 2011). Der er ikke officielle søvnanbefalinger for

unge og voksne over 18 år. Nogle undersøgelser opgør søvnkvantiteten i et præcist antal timer på baggrund af information om, hvornår den unge går i seng og står op (Rasmussen og Due 2011), og andre undersøgelser spørger direkte til, hvor mange timer børn og unge i gennemsnit sover (Ankersen et al. 2011). Derudover findes der undersøgelser, som forholder sig til søvnkvantitet som andelen af børn og unge, der sover hhv. mere eller mindre end den anbefalede mængde (Bonke og Greve 2013).

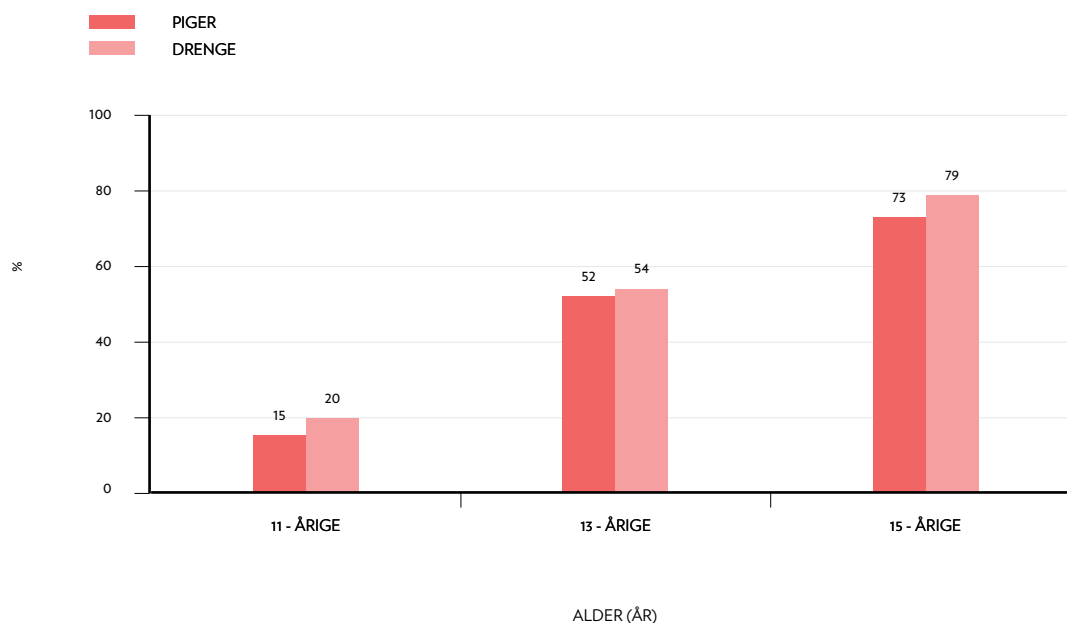
Der anvendes også forskellige indikatorer for søvnkvaliteten f.eks. om den unge føler sig udhvilet om morgenen, følelsen af at have sovet dårligt eller utroligt om natten, følelse af træthed igennem dagen eller at have svært ved at falde i søvn om aftenen. Derudover er der forskel på, hvorvidt undersøgelserne skelner mellem hverdag og weekend. Da der særligt igennem ungdommen kan være store variationer mellem hverdags- og weekendvaner, kan det være et vigtigt aspekt at tage højde for (Millman 2005).

Forekomst, fordeling og udvikling over tid

I Skolebørnsundersøgelsen belyses søvnkvantiteten ud fra spørgsmål om, hvornår eleverne plejer at falde i søvn om aftenen og stå op om morgenen (Rasmussen og Due 2010). Opgørelserne viser, at antallet af elever, der sover 8 timer eller mindre om natten, stiger markant med alderen. Blandt de 11-årige piger er det 15 % og blandt de 11-årige drenge 20 %, som sover 8 timer eller mindre om natten, mens det gælder ca. halvdelen af de 13-årige og tre ud af fire af de 15-årige piger og drenge (se figur 4.12). I rapport fra Sundhedsstyrelsen er den gennemsnitlige søvnkvantitet opgjort i samme aldersgruppe som i Skolebørnsundersøgelsen. Rapporten viser, at 11-årige børn i gennemsnit sover ca. 9,5 time hver nat, mens de 15-årige sover ca. 8 timer. Endvidere viser undersøgelsen, at pigerne i gennemsnit sover en smule mindre end

→ FIGUR 4.12

Procentvis andel af 11-, 13- og 15-årige piger og drenge, der sover 8 timer eller mindre om natten (Rasmussen og Due 2011).



drengene (Sundhedsstyrelsen 2010).

Rockwoolfondens undersøgelse blandt 10-17-årige viser, at en femtedel af de 10-11-årige piger og drenge samt de 12-14-årige drenge sover mindst én time mindre end anbefalingerne på en almindelig skoledag. For de 12-14-årige piger samt de 15-17-årige drenge og piger er det ca. en tredjedel, der på en almindelig skoledag sover mindst én time for lidt (Bonke og Greve 2013).

Søvn mønstret blandt de 16-24-årige er kortlagt i Region Midtjyllands Sundhedsprofil for unge. Rapporten viser, at 25 % af de unge mænd og 22 % af de unge kvinder sover mindre end 7 timer om natten (Ankersen et al. 2011).

I Skolebørnsundersøgelsen spørges der til to dimensioner af de unges søvnkvalitet, hhv. hvor ofte eleven sover dårligt eller uroligt om natten, samt hvor ofte eleven føler sig træt om morgenen inden skolestart (Rasmussen og Due 2011). Opgørelserne viser, at omkring hver tiende elev sover dårligt eller uroligt om natten mindst én gang om ugen. Blandt eleverne i 7. klasse ses en mindre kønsforskel (12 % af pigerne og 7 % af drengene), som ikke er at finde på de to andre klassetrin. Andelen af elever, der flere gange om ugen føler sig trætte inden skolestart, stiger markant hos begge køn fra 44 % i 5. klasse til 55 % i 7. og 66 % i 9. klasse.

Skolebørnsundersøgelsen er gennemført ca. hvert fjerde år siden 1984, og siden 1988 er eleverne blevet spurgt, hvor ofte de er trætte, når de skal i skole om morgenen. Denne gentagelse gør det muligt at se på udviklingen over tid, og tallene i

tabel 4.5 viser, at der for begge køn på alle klassetrin er sket en markant stigning i andelen af elever, der er trætte, når de skal i skole, mindst én morgen hver uge (Rasmussen og Due 2011).

Hos de 16-24-årige i Region Midtjylland, er de unge blevet spurgt om de 'indenfor de seneste 14 dage har været generet af træthed'. Svarene illustrer en tydelig kønsforskel. 25 % af pigerne har været meget generet af træthed til forskel fra kun 12 % af drengene (Ankersen et al. 2011). Samme spørgsmål er stillet i den landsdækkende Sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra 2013, hvor det blandt de 16-24-årige ses, at ca. 12 % af drengene og 26 % af pigerne har været meget generet af træthed indenfor de seneste 14 dage. Derudover ses det, at ca. 8 % af drengene og 14 % af pigerne har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer indenfor de seneste 14 dage (Christensen et al. 2014).

Udviklingen i de 16-24-åriges søvnkvalitet kan findes i databasen over Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne for perioden 1987-2005. For gener med både træthed og søvnbesvær ses en markant stigning hos begge køn. Fra at ca. 9 % af drengene svarede ja til at have været generet af træthed indenfor de seneste 14 dage i 1987, steg andelen til ca. 28 % i 2005. Hos pigerne svarede ca. 9 % ja til spørgsmålet om træthed i 1987 og 36 % i 2005. Udviklingen i søvnbesvær ser tilsvarende ud, og fra at ca. 2 % af drengene i 1987 svarede ja til at have været generet af søvnbesvær indenfor de seneste 14 dage, var andelen steget til ca. 12 % i 2005. Blandt pigerne steg andelen, der var generet af søvnbesvær indenfor de seneste 14 dage, fra ca. 6 % i 1987 til 19 % i 2005. Endvidere viser den nyeste Sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra 2013, at andelen af drenge mellem 16-24 år, der er meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer, er konstant fra 2010 til 2013, mens der hos de 16-24-årige piger ses en mindre stigning fra ca. 11

→ TABEL 4.5

Procent af eleverne, der er trætte, når de skal i skole mindst en morgen hver uge, 1991-2010 (Rasmussen og Due 2011).

	11-ÅRIGE		13-ÅRIGE		15-ÅRIGE	
	PIGER	DRENGE	PIGER	DRENGE	PIGER	DRENGE
1988	› 20	› 28	› 25	› 34	› 43	› 37
1991	› 27	› 31	› 38	› 39	› 46	› 50
1994	› 38	› 43	› 48	› 50	› 54	› 54
1998	› 37	› 41	› 48	› 49	› 58	› 61
2010	› 67	› 62	› 79	› 79	› 87	› 84

% i 2010 til ca. 14 % i 2013 (Christensen et al. 2014). I en rapport om psykisk mistrivsel blandt 11-15-årige er ét aspekt af de unges søvnkvalitet beskrevet ved, hvor ofte de unge har svært ved at falde i søvn om aftenen mere end én gang om ugen (Holstein et al. 2011). Blandt pigerne rapporterer ca. hver tredje af de 11- og 13-årige at have svært ved at falde i søvn om aftenen, og hver fjerde af de 15-årige, mens det gælder lidt færre af drengene. I Børnerådets undersøgelse, Mental sundhed 2009 - at føle man er noget værd, finder de, at 8 % af de unge i 7. klasse har haft problemer med at falde i søvn stort set hver dag over en to måneders periode, mens 13 % svarer, at de har problemer mere end én gang om ugen, og disse tal bekræftes af resultater fra undersøgelsen Når det er svært at være ung i DK (Nielsen et al. 2010). Skolebørnsundersøgelsen viser, at forekomsten af unge, der har svært ved at falde i søvn, er steget med ca. 10 % blandt de 13- og 15-årige i perioden fra 1991-2010 (se figur 4.13).

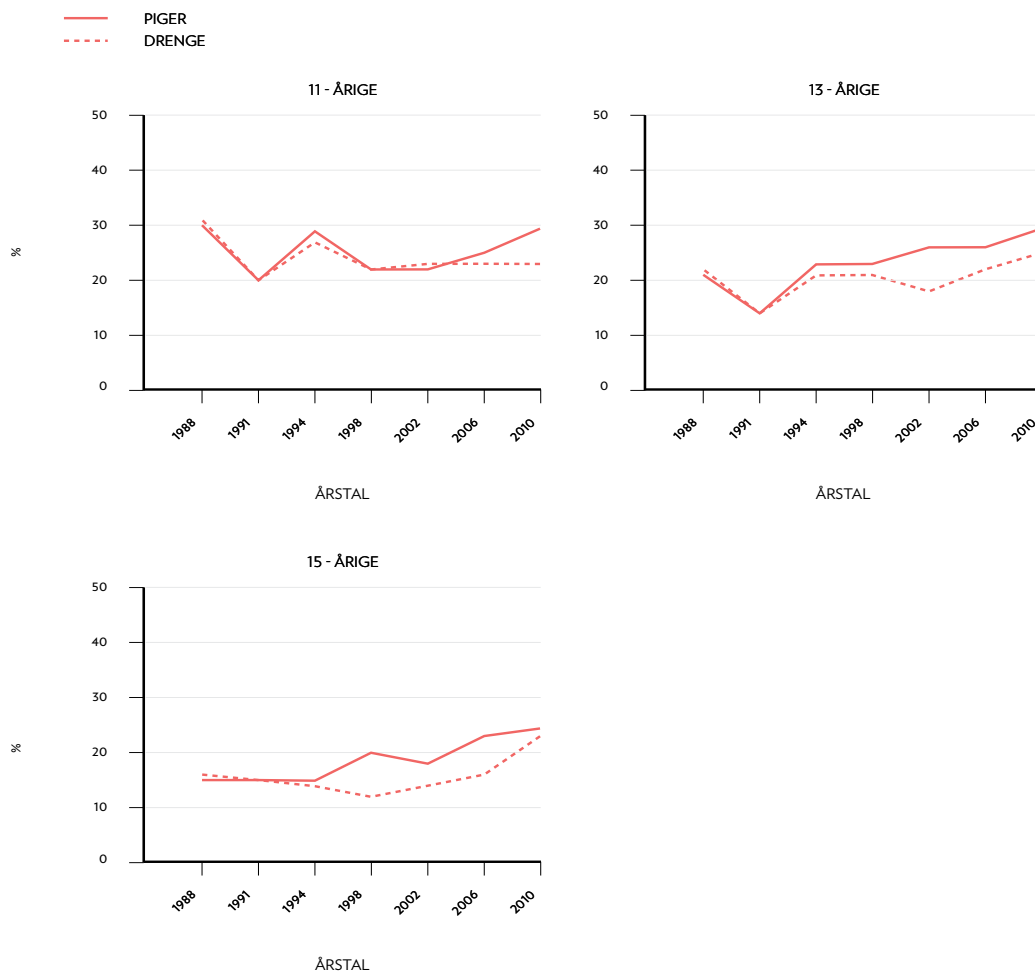
Andelen der har svært ved at falde i søvn om aftenen mere end én gang om ugen er højest i de lave socioøkonomiske grupper (Holstein et al. 2011). Tendensen er tydeligst blandt drengene, hvor ca. 20 % i den høje socioøkonomiske gruppe, 23 % i den mellemste og 27 % i den lave socioøkonomiske gruppe har svært ved at falde i søvn. Blandt pigerne er billedet ikke så tydeligt. Her angiver ca. 24 % i den høje socioøkonomiske gruppe, 29 % i den mellemste og 28 % i den lave socioøkonomiske gruppe at have svært ved at falde i søvn. I rapporten af Bonke og Greve (2013) konkluderes, at når det gælder søvnkvantitet og risikoen for at sove mindre end anbefalet, ser der ikke ud til at være sammenhæng med de unges socioøkonomiske gruppe, målt ved forældrenes uddannelse og indkomst (Bonke og Greve 2013).

Følgvanskeligheder og konsekvenser

Det er uklart, hvorvidt søvnproblemer i barndommen og ungdommen følger med ind i voksenlivet, men konsekvenserne af utilstrækkelig søvn kan være både alvorlige og mangfoldige. Kroppen bruger natten på at restituere og reproducere sig selv, og søvn er derfor fundamental for en sund udvikling og vækst. Derudover er søvn central i forhold til at forbygge sygdom og skader, øge koncentrationen, forbedre indlæring og sikre den daglige trivsel (Kelman 1999, Vallido et al. 2009). To longitudinelle studier af unge konkluderer f.eks., at utilstrækkelig nattesøvn kan være en både hyp-pig og kronisk tilstand med konsekvenser i form af problemer i skolen, depression, lav selvtillid, dårlige karakterer og brug af rusmidler (Fredriksen et al. 2004, Roane og Taylor 2008, Roberts et al. 2009). At risikoen for at udvikle depression øges pga. søvnproblemer er dokumenteret i flere studier (Millman et al. 2005, Signoretta et al. 2005, Roane og Taylor 2008), lige såvel som at dårlig søvnkvalitet og nedsat søvnmængde er associeret med ringere skolepræstationer (Fredriksen et al. 2004, Roberts et al. 2009, Dewald et al. 2010, Wolfson og Richards 2011). En del andre studier bekræfter dette fund og viser desuden, at utilstrækkelig søvnmængde også er relateret til både koncentrationsbesvær og indlæringsvanskeligheder blandt unge (Kelman 1999, Millman et al. 2005, Wolfson og Richards 2011). Endelig skal det nævnes, at søvnproblemer blandt børn og unge i epidemiologiske undersøgelser er fundet associeret til øget risiko for selvmord (Bernert og Joiner 2007, Wojnar et al. 2009), et nedsat immunforsvar (Savard et al. 2003) samt øget dødelighed (Gallicchio og Kalesan 2009, Cappuccio et al. 2010).

→ FIGUR 4.13

Procentvis andel af eleverne, som har svært ved at falde i søvn mere end én gang om ugen, 1988-2010 (Rasmussen og Due 2011).



4.6 ENSOMHED

Dette afsnit skitserer forekomsten, fordelingen og udviklingen i selvrapporteret ensomhed blandt børn og unge, og mulige følgevanskeligheder og konsekvenser heraf.

Sammenfatning

Omkring 5-18 % af drenge og piger i Danmark føler sig ensomme. Forekomsten er højest blandt

pigerne, uanset hvordan undersøgelserne har valgt at spørge til ensomheden. De danske undersøgelser viser desuden, at ensomhed bliver mere udtalt med alderen og således stiger gennem barndommen og ungdommen. Der ses en tendens til, at følelsen af ensomhed er oftere forekommende blandt unge i de laveste socioøkonomiske grupper. Forekomsten af ensomhed blandt unge har ikke ændret sig i perioden fra 1988 til 2010, hverken samlet eller i undergrupper inddelt på køn og alder.

Indledning

Nære og tilfredsstillende relationer og følelsen af at høre til blandt andre er fundamentalt for en god mental sundhed, særligt gennem barndommen og ungdomsårene, hvor de sociale relationer og behov for relationer ændres, men vægtes meget højt (West et al. 1986, Due et al. 2001, Heinrich og Gullone 2006). Mulighederne for at omgås jævnaldrende er i dag udbredt i en grad, som langt overgår tidligere generationer. Foruden de relationer, som skabes i skolen, til fritidsaktiviteter og i hjemmet, øger anvendelsen af internettet og mobiltelefonen mulighederne for at skabe og fastholde både kendte og nye relationer. Alligevel peger flere både danske og internationale undersøgelser på, at ensomhed er et alvorligt problem blandt børn og unge, og at det netop er i denne aldersgruppe, at ensomheden er mest udtalt (Brennan 1982, West et al. 1986, Tornstam, 1988, Heinrich og Gullone 2006).

Ensomhed er identificeret på tværs af lande, køn og kulturer (Rotenberg 1999, van Staden og Coetzee 2010) som en følelse, langt de fleste børn og unge på et tidspunkt oplever, eksempelvis i forbindelse med skoleskift eller ved tab af en nær relation. Men hos en mindre gruppe er ensomheden en fast og smertefuld del af livet. Ensomhed kan altså opstå mere eller mindre kortvarigt ved særlige begivenheder eller opleves som en varig, substantiel følelse uden specifikt udgangspunkt (Rotenberg 1999, Højlund 2001, Heinrich og Gullone 2006).

Der findes i litteraturen mange bud på definitioner af ensomhed, som hviler på forskellige teoretiske indgangsvinkler. Men på trods af forskellene, eksisterer der en klar enighed om en grundlæggende skelnen mellem at være ensom og alene (Weiss 1973, Brennan 1982, Cramer og Barry 1999). Der findes børn og unge, der trods de er meget alene,

ikke føler sig ensomme, og andre børn og unge, der oplever en høj grad af ensomhed, selvom de udefra set er omgivet af mennesker. Trods denne skelnen er de to fænomener associerede, og børn og unge, der er alene, vil være i større risiko for at føle sig ensomme (Fischer og Philips 1982).

Med udgangspunkt i de forskellige definitioner af ensomhed praktiseres måling heraf ligeledes på mange måder (Russell 1982). I befolkningsundersøgelser anvendes ofte enkeltspørgsmål om ensomhed, hvor der spørges direkte til, om individet føler sig ensom. Hvor nogle forskere hævder, at denne metode er den mest korrekte til at få information om individets 'sande' ensomhed (Asher og Paquette, 2003), hævder andre, at et enkelt spørgsmål om, hvor ofte individet føler sig ensom, giver for simple svar på et kompliceret fænomen (Ekman et al. 2002). I litteraturen skelnes desuden mellem endimensionelle og multidimensionelle måleredskaber for ensomhed, og der tages afsæt i to begrebsligt forskellige betragtninger af ensomhed som fænomen. Anskues ensomhed som en global følelse, der først og fremmest varierer i intensitet, anvendes endimensionelle måleredskaber (f.eks. enkeltspørgsmålet om, hvor ofte man føler sig ensom, eller the University of California Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale). Anskues ensomhed derimod som et fænomen sammensat af flere dimensioner, f.eks. ensomhed i relation til hhv. nære relationer og fjernere dele af det sociale netværk, anvendes multidimensionelle mål, f.eks. the Peer Networks and Dyadic Loneliness Scale (PNDLS) (Russell 1982). Med henblik på at skabe en klar afgrænsning af litteraturen, tager vi i dette afsnit om ensomhed kun udgangspunkt i litteratur, hvor information om børn og unges ensomhed er indsamlet ved at spørge enten direkte til, om den unge føler sig ensom, eller hvor der er anvendt etablerede og validerede mål for ensomhed, som f.eks. the UCLA Loneliness Scale.

Forekomst, fordeling og udvikling over tid

Blandt store skolebørn forekommer ensomhed hos mellem 5-10 % (Hansen 2009, Nielsen et al. 2010, Holstein et al. 2011, Ottosen 2012). I alle danske undersøgelser er der lidt flere piger end drenge, som føler sig ensomme, men kønsforskellene er små. Den konsistente kønsforskel er ikke et gennemgående fund i international litteratur, hvor kønsforskellene er modstridende (Mahon et al. 2006, Lasgaard 2010). Dette skyldes muligvis de forskellige målemetoder som anvendes. Eksempelvis har Borys og Perlman (1985) vist, at når der spørges direkte til ensomhed, vil kvinder karakteriseres som mere ensomme end mænd, mens billedet er omvendt, når information om individets grad af ensomhed opnås ved at spørge til specifikke dimensioner heraf.

I en spørgeskemaundersøgelse om ensomhed blandt 379 danske unge i 8. klasse (Lasgaard 2010) måles graden af ensomhed med to måleskalaer, hhv. the UCLA Loneliness Scale, hvor ensomhed betragtes som et éndimensionelt fænomen, og med PNDLS, hvor ensomhed betragtes som sammensat af to dimensioner; emotionel og social ensomhed. Social ensomhed skyldes overordnet fraværet af sociale kontakter pga. et utilstrækkeligt eller utilgængeligt netværk, mens emotionel ensomhed overordnet handler om fraværet af intime relationer og tætte tilknytningsfigurer som f.eks. en kæreste, en forælder mv.

På baggrund af the UCLA Loneliness Scale konkluderer forfatterne, at ca. 5-10 % af eleverne i 8. klasse er meget ensomme, mens ca. 20-25 % af eleverne føler sig ensomme nogle gange. PNDLS viser endvidere, at den sociale dimension af ensomheden er mere udbredt blandt eleverne end den emotionelle (Lasgaard 2010).

I undersøgelsen af trivsel, sundhed og sundhedsvaner blandt 16-20-årige i Danmark, undersøges ensomhed i denne lidt ældre aldersgruppe (Aaen og Nielsen 2006). Resultaterne peger på, at en forholdsvis stor andel af både piger (16 %) og drenge (11 %) ofte eller meget ofte føler sig ensomme, og undersøgelsen viser, at flere blive ensomme med stigende alder, hvilket er illustreret i figur 4.14.

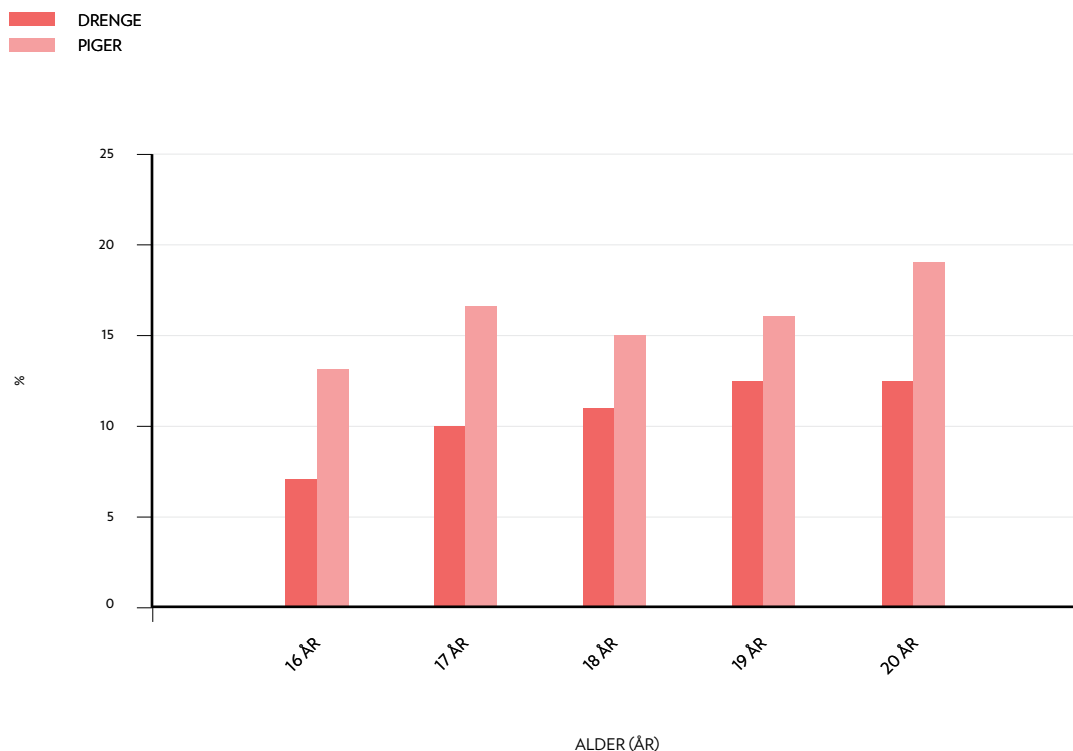
At følelsen af ensomhed stiger fra barndommen til ungdommen er helt i tråd med den eksisterende litteratur om ensomhed (Brennan 1982). Andelen af ensomme unge på de gymnasiale ungdomsuddannelser er undersøgt mere detaljeret blandt førsteårselever med udgangspunkt i tre forskellige målemetoder; enkeltspørgsmål om selvoplevet ensomhed og to ensomhedsskalaer (UCLA Loneliness Scale og the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA-S)). 7 % af pigerne og 4 % af drengene rapporterer, at de tit eller altid føler sig ensomme. Ved de to dimensioner i SELSA-S, social ensomhed og familierelateret ensomhed, ses ingen kønsforskelle, men derimod rapporterer drengene signifikant mere ensomhed i relation til kæresteforhold end pigerne (Lasgaard og Kristensen 2009).

De undersøgelser, som har studeret sammenhængen med socioøkonomiske kår og ensomhed, finder samstemmende en øget forekomst af ensomhed blandt børn fra lavere socioøkonomiske grupper både hos skolebørn og hos unge (Aaen og Nielsen 2006, Holstein et al. 2011).

Der er ikke sket væsentlige ændringer i forekomsten af ensomhed blandt børn og unge fra 1988 til 2010, hverken samlet eller i grupper inddelt på køn og alder (Holstein et al. 2011) (se figur 4.15). Opgørelser fra en undersøgelse om danske børns og unges velfærd og trivsel i 2010 viser, at ca. 5 % af de 15-24-årige ofte føler sig udenfor, 9 % savner

→ FIGUR 4.14

Procentvise andel af 16-20-årige unge piger og drenge, der føler sig ensomme (Aaen og Nielsen 2006).



ofte nogen at være sammen med, og 2 % føler sig ofte holdt udenfor, dvs. føler at andre bevidst bidrager til at holde dem udenfor. På tværs af køn er billedet igen, at en lidt større andel piger end drenge rapporterer dette (Nielsen et al. 2010).

Følgvanskeligheder og konsekvenser

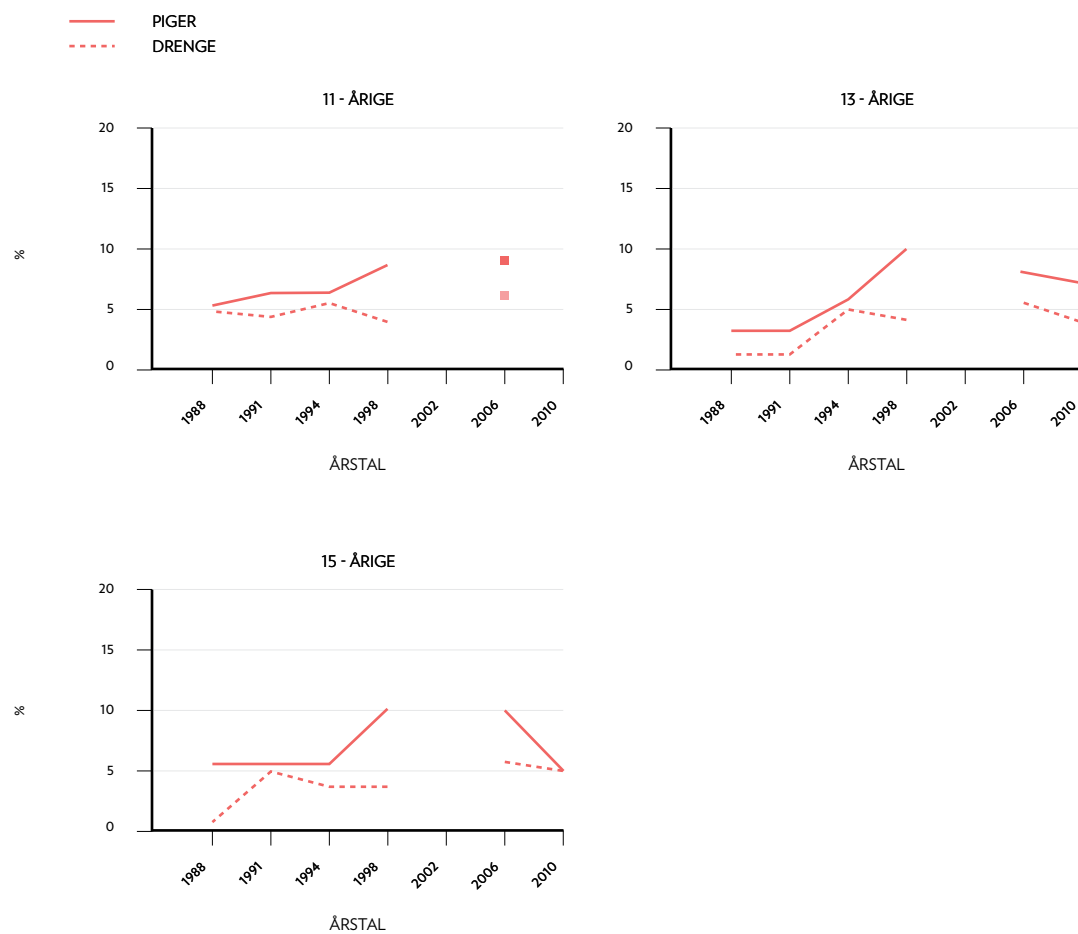
Få studier belyser prognosen for ensomhed. Qualter og kollegaer (2013) har i et kohortestudie fulgt 7-årige børn til de er 17 år og karakteriseret dem i fire grupper i relation til udviklingen af deres ensomhed gennem tidsperioden. Her finder forfatterne, at 22 % af de unge, som følte sig meget ensomme som 7-årige, stadig er det som 17-årige. Et tilsvarende longitudinelt studie, der følger børn fra

de er 12 til 18 år, viser, at ca. 14 % af disse unge føler sig meget ensomme gennem hele tidsperioden (Ladd og Ettekal 2013). Følelsen af ensomhed i barndommen kan således risikere at følge personer ind i ungdommen.

Det er den vedvarende og smertefulde følelse af ensomhed, der almindeligvis betragtes som risikofaktor for udviklingen af mange sundheds- og adfældsrelaterede problemer blandt børn og unge (Young 1982, Tobiassen et al. 2003). Et longitudinelt studie fra 2010 viser f.eks., at en varig følelse af ensomhed blandt børn fra 5 til 9 års alderen øger risikoen for at have depressive symptomer i 15 års alderen (Qualter et al. 2010). En tilsvarende

→ FIGUR 4.15

Procentvis andel af 16-20-årige unge piger og drenge, der føler sig ensomme (Aaen og Nielsen 2006).



sammenhæng er belyst i en række andre studier, hvor ensomhed desuden har vist sig at have andre konsekvenser som dårlig livstilfredshed og nedsat søvnkvalitet (Harris et al. 2013), hyppigere besøg hos egen læge (Qualter et al. 2013) og selvmordstanker (Jones et al. 2011).

4.7 SELVSKADENDE ADFÆRD

Dette afsnit skitserer forekomsten og fordelingen af selvskadende adfærd hos børn og unge, mulige

følgvanskeligheder og konsekvenser heraf.

Sammenfatning

Selvskade er en ikke-kulturelt accepteret handling, hvor personen skader sig. Lidelsen er karakteriseret som den nye psykiske lidelse, dog er det uvist om hyppigheden reelt er steget igennem de sidste 20 år. En nyere opgørelse viser, at 20-25 % af unge danskere har prøvet at selvskade sig. Ifølge nyere opgørelser er der ikke den store forskel på hvor mange piger og drenge, der har prøvet at skade

sig, men drengene skader sig hyppigere end pigerne. Der er ikke fundet studier, der beskriver om selvskadere er karakteriseret ved en bestemt social profil. Dog er der studier, der beskriver, at hyppigheden af selvskade er højere hos unge med en traumatisk barndom, hos unge der er homoseksuelle, og hos unge der har en sårbar karakter eller en psykiatrisk diagnose.

Indledning

Fænomenet selvskade er ikke entydigt defineret, og adfærden er ikke beskrevet som en egentlig sygdom. Der er imidlertid nogle kendetegn ved personen, som er karakteristiske for selvskade og specielt den form for selvskade, som oftest ses blandt børn og unge. Selvskaden beskrives at foregå over en kort tidsperiode, og den, der skader sig selv, har en klar bevidsthed om, hvad handlingen indebærer. Det kan være at skære i sig selv, bide sig selv, brænde sig eller slå hovedet ind i væggen. Denne type af selvskade kan også karakteriseres som impulsiv selvskade, idet den der skader sig selv, får en hurtig, omend kortvarig, lettelse af den indre spænding, som den skadende har (Møhl 2006). Handlingen bruges således som metode til at forløse pinagtige følelser. Selvskade kan medføre en midlertidig lindring fra den psykiske smerte, men vil ofte resultere i skam og skyldfølelse, hvilket igen kan fremprovokere nye selvskadende handlinger (LMS 2014). Andre typer af selvskade beskrives som værende stereotype eller tvangsmæssige, hvor personen gentager sin adfærd på en monoton eller rytmisk måde. Denne type af selvskade ses ved autisme og ved anden psykisk udviklingshæmning.

At gøre selvskade er ikke det samme som at forsøge at begå selvmord. Selvskade er en måde at overleve på, en måde at klare sine psykiske smerter. Hvorimod selvmordsforsøg er "en handling uden

dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis af medicin eller lignende, der vil være skadevoldende for personen, hvis andre ikke griber ind (Sundhedsstyrelsen 1998).

Forekomst, fordeling og udvikling over tid

Selvskade har været kendt længe, og der er en formodning om, at hyppigheden er steget, og selvskade er kaldt det nyeste ansigt inden for psykiske lidelser. Der er imidlertid ikke ældre sikre opgørelser, der kan dokumentere denne stigning. En dansk undersøgelse fra 2002 viste, at 17 % af en almindelig folkeskoleklasse på 8.-9. klassetrin har været selvskadende (Zøllner 2002). En undersøgelse fra 2009 viser, at 22 % af pigerne og 19 % af drengene i gymnasier i Københavnsområdet har udført selvskade. De drenge, som udfører selvskade, skader sig hyppigere end piger. Således har 15 % af drengene skadet sig selv mere end 20 gange inden for det seneste år imod 6 % af pigerne (Møhl og Skandsen 2012).

Denne høje forekomst af selvskade i et dansk materiale er tankevækkende set i et internationalt perspektiv. Et nyere studie publiceret i 2011, som rapporterer fra en spørgeskemaundersøgelse blandt 15-16-årige i flere europæiske lande, dog ikke Danmark, rapporterer, at i gennemsnit har 5,8 % udført selvskade en eller flere gange. Knap 15 % har haft overvejelser om selvskade. Hyppigheden varierer, med for eksempel unge i Holland som de sjældneste selvskadere (Madge et al. 2011). I amerikanske undersøgelser beskrives, at 4 % af normalbefolkningen, 17 % af studerende på universitetet (Whitlock 2006) og hele 37 % (Gratz 2006) af psykologistuderende har skadet og/eller engang imellem skader sig. Den typiske selvskader er ofte blevet beskrevet som kvinde. Det er dog usikkert, om der er en reel kønsforskel i hyppighed, som illustreret af den nyere danske undersøgelse fra

2009. Typen af skade kan imidlertid variere, da det tyder på, at drenge slår sig, mens piger skærer sig (Møhl og Skandsen 2012). Der er så vidt vides ikke opgørelser, der beskriver sociale karakteristika hos selvskadere. Der er således ikke noget klart billede af sociale vilkårs indflydelse på selvskade som handling. Det er imidlertid vist, at der hos unge, der er institutionsanbragte, er en høj forekomst af selvskade (Hales et al. 2003). Risikofaktorer for selvskade er undersøgt i nogle studier, og en litteraturgennemgang heraf fra 2009 konkluderer, at der er solid viden om at tidligere stressende hændelser oftere er tilstede hos børn og unge, der skader sig selv, end hos ikke selvskadere. Ligeledes findes at selvskadere har højere niveau af negative følelser som angst, depression og aggressive tendenser. Der er imidlertid ikke solide opfølgingsstudier, der kan beskrive nøjagtigheden af, hvad der er risikofaktorer, og hvad de betyder for udvikling af selvskade. (Fliege et al. 2009).

Følgevanskeligheder og konsekvenser

Det er beskrevet, at lidelsen selvskade typisk varer fem til ti år (Rubæk 2009). Da lidelsen oftest starter i de tidligere teenageår, er der således meget få 30-årige, som udøver selvskade. Unge, der har udøvet flere selvskader, er i meget høj risiko for at gentage skaderne. Specielt i tiden før familie og venner bliver opmærksomme på problematikken. Det er i opfølgingsstudier vist, at risikoen for senere selvmord hos selvskadere er højere end hos ikke selvskadere (Sinclair et al. 2010, Madsen et al. 2013). Hvor meget højere er imidlertid usikkert.

Unge med selvskade har ofte, eller debuterer senere i livet med, anden psykiatrisk lidelse. I udenlandske studier rapporteres, at 43 % til 70 % af selvskadende har en eller flere andre psykiske lidelser (Green 2011). Prognosen for helbredelse fra selvskade er meget god, i det næsten alle ophører med selvskaden i løbet af få år. Personerne har eller får imidlertid ofte

andre psykiske byrdefulde lidelser. Endvidere viste et follow-up studie fra UK (Byford et al. 2009) af unge med selvskade i form af forgiftninger, at gruppens livstidsforbrug af social- og sundhedsydelse var signifikant højere end matchede kontroller uden selvskade. Indsatsen overfor personer med selvskade bygger på terapeutisk viden fra behandling af personlighedsforstyrrelser og tager udgangspunkt i såvel kognitiv terapi som anden adfærdsterapi. Trods viden om den byrde, som lidelsen er udtryk for hos den ramte, og viden om omkostningerne på samfundsniveau, mangler der viden om effektive behandlingsmetoder.

LITTERATUR

- Abu-Arafeh I, Razak S, Sivaraman B, Graham C. Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review of population-based studies. *Dev Med Child Neurol* 2010;52:1088–1097.
- Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile. Department of Psychiatry, University of Vermont, Burlington, USA.
- Alfvén G. One hundred cases of recurrent abdominal pain in children: diagnostic procedures and criteria for psychosomatic diagnosis. *Acta Pædiatr* 2003;92:43-49.
- Allotey P, Reidpath DD, Elisha D. Social medication and the control of children: a qualitative study of over-the-counter medication among Australian children. *Pediatr* 2004;114:e378-e383.
- Andersen A, Krølner R, Holstein BE, Due P, Hansen EH. Medicine use among 11- and 13-year-olds: agreement between parents' reports and children's self-reports. *Ann Pharmacother* 2007;41:581-586.
- Andersen A, Holstein BE, Due P, Hansen EH. Medicine use for headache predicts medicine use for headache in young adulthood. *Pharmacoepidemiol Drug Safety* 2009;18:619-623.
- Andersen A, Christensen AM, Holstein BE. Lægemedelforbrug i kapitlet sundhedsadfærd i Skolebørnsundersøgelsen 2010. Forskningsprogrammet for Børns og Unges Sundhed, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København 2011.
- Andersen A, Holstein BE, Berntsson L, Hansen EH. Parental symptoms and children's use of medicine for headache: data reported by parents from the five Nordic countries. *Int J Public Health* 2012;57:217-223.
- Ankersen PV, Poulsen S, Schnohr C, Nielsen AL, Hjortbak MR, Larsen FB. Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner - unge. Aarhus: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2011.
- Asher S, Paquette JA. Loneliness and Peer Relations in Childhood. *Current Directions in Psychological Science* 2003;12:75-78.
- Bernert RA, Joiner TW. Sleep disturbances and suicide risk: A review of the literature." *Neuropsychiatr Dis Treat* 2007;3(6):735-743.
- Blaschek A, Milde-Busch A, Straube A, Schankin C, Langhagen T, Jahn K et al. Self-reported muscle pain in adolescents with migraine and tension-type headache. *Cephalalgia* 2012;32(3):241-249.
- Bonke J, Greve J. Bruger skolebørn tiden hensigtsmæssigt? – Om søvn, spisning, motion, samvær og trivsel. Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag 2013.
- Borna P, Ekedahl A, Alsén M, Träskman-Bendz L. Self-poisonings with drugs by adolescents in the Lund catchment area. *Nord J Psychiatry* 2001;55:325-328.
- Borup IK, Andersen A, Holstein BE. Re-visit to the school nurse and adolescents' medicine use. *Health Educ J* 2010;70:274-294.

- Borys S, Perlman D. Gender Differences in Loneliness. *Pers Soc Psychol Bull* 1985;11(1):63-74.
- Brennan T. Loneliness at adolescence. I: *A Sourcebook of Current Theory, Research, and Therapy*. Peplau LA, Perlman D (red.). John Wiley & Sons. New York 1982.
- Brna P, Dooley J, Gordon K, Dewan T. The prognosis of childhood headache. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:1157-1160.
- Byford S, Barrett B, Aglan A, Harrington V, Burroughs H, Kerfoot M et al. Lifetime and current costs of supporting young adults who deliberately poisoned themselves in childhood and adolescence. *J Mental Health* 2009;18(4):297-306.
- Byrne DG, Davenport SC, Mazanov J. Profiles of adolescent stress: the development of the adolescent stress questionnaire. *J Adolesc* 2007;30:393-416.
- Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep* 2010;33(5):585-592.
- Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Barrera VH, de Andrés AL, de Miguel AG. Medication consumption in the Spanish paediatric population: related factors and time trend, 1993-2003. *Br J Clin Pharmacol* 2009;68:455-461.
- Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. *Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 og udviklingen siden 1987*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København 2012.
- Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013*. Sundhedsstyrelsen. København 2014.
- Christensen MF. Recidiverende mavesmerter hos børn. *Ugeskr Laeger* 2004;166: 357-361.
- Cohen S, Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the United States. *The Social Psychology of Health* 1988;13:31-67.
- Da Silva CH, Gigliani ERJ. Consumption of medicines among adolescent students: a concern. *Journal de Pediatria* 2004;80:326-332.
- Dahl-Larsen R, Buhl SB, Husby S, Qvist N. Recidiverende abdominalsmerter, dyspepsi og obstruktion hos børn i alderen 9-13 år. *Ugeskr Laeger* 2005;167(17):1848-1851.
- Danker-Hopfe H. Growth and development of children with a special focus on sleep. *Prog Biophys Mol Biol*.2011;107(3):333-338.
- De Vriendt T, Moreno LA, De Henauw S. Chronic stress and obesity in adolescents: scientific evidence and methodological issues for epidemiological research. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2009;19(7):511-519.
- Dengler R, Roberts HJ. Adolescents' use of prescribed drugs and over-the-counter preparations. *J Pub health Med* 1996;18:437-442.
- Derogatis LR, Coons HL. Self-reported measures of stress. I: Goldberger L, Breznitz S (red.). *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. The Free Press. New York 1993.

DeSocio J, Hootman J. Children's mental health and school success. *J Sch Nurs* 2004;20:189-96.

Dewald JF, Meijer AM, Oort FJ, Kerkhof GA, Bögels SM. The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep Med Rev* 2010;14(3):179-189.

Diener HC, Limmroth V. Medication-overuse headache: a worldwide problem. *Lancet Neurol* 2004;3:475-483.

Du Y, Knopf H. Self-medication among children and adolescents in Germany: results of the National Health Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Br J Clin Pharmacol* 2009;68:599-608.

Due P, Hansen EH, Merlo J, Andersen A, Holstein BE. Is victimization from bullying associated with medicine use among adolescents? A nationally representative cross sectional survey in Denmark. *Pediatrics* 2007;120:110-117.

Due P, Krølner R, Rasmussen M, Andersen A, Damsgaard MT, Graham H et al. Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scand J Public Health* 2011;39(6):62-78.

Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI et al. Sundhed og sygelighed i Danmark og udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København 2006.

Ekman A, Eriksen L, Flensburg-Madsen Trine, Hansen K, Nielsen SS, Willadsen SF. Ensomhed – et kvantitativt og kvalitativt studie af ensomheds effekt på helbred blandt danske skoleelever. Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet 2002.

Eminson DM. Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clin Psychol Rev* 2007;27(7):855-871.

Fearon P, Hotopf M. Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: national birth cohort study. *BMJ* 2001;322:1-6.

Fink P. Funktionelle lidelser - udredning og behandling. Gyldendal Akademisk, 2012.

Fischer C, Philips S. Who is alone? Social characteristics of people with small networks. I: *A Source Book of Current Theory, Research, and Therapy*. Peplau L, Perlman D. (red.). John Wiley & Sons. New York 1982.

Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *J Psychosom Res* 2009;66(6):477-493.

Fredriksen K, Rhodes J, Reddy R, Way N.. Sleepless in Chicago: tracking the effects of adolescent sleep loss during the middle school years. *Child Dev* 2004;75(1):84-95.

Furu K, Skurtveit S, Rosvold EO. Self-reported medical drug use among 15-16-year-old adolescents in Norway. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005;125(20):2759-2761.

- Gallicchio L, Kalesan B. Sleep duration and mortality: a systematic review and meta-analysis. *J Sleep Res* 2009;18(2):148-158.
- Gobina I, Välimaa R, Tynjälä J, Villberg J, Villerusa A, Iannotti RJ et al. The medicine use and corresponding subjective health complaints among adolescents, a cross-national survey. *Pharmacoeconomics Drug Saf* 2011;20:424-431.
- Gratz KL. Risk Factors for Deliberate Self-Harm Among Female College Students: The Role and Interaction of Childhood Maltreatment, Emotional Inexpressivity and Affect Intensity/Reactivity. *Am J Orthopsychiatry* 2006;76(2):238-250.
- Green JM, Wood AJ, Kerfoot MJ, Trainor G, Roberts C, Rothwell J et al. Group therapy for adolescents with repeated self-harm: randomised controlled trial with economic evaluation. *BMJ* 2011;1:342.
- Hales H, Davidson S, Misch P, Taylor PJ. Young male prisoners in a young offender's institution: their contact suicidal behaviour by others. *J Adolesc* 2003;26(6):667-685.
- Hansen DL, Hansen EH, Holstein BE. Using analgesics as tools: young women's treatment for headache. *Qual Health Res* 2008;18:234-243.
- Hansen DL, Hansen EH, Holstein BE. Young women's use of medicines: autonomy and positioning in relation to family and peer norms. *Health* 2009;13:465-483.
- Hansen EH, Holstein BE, Due P, Currie CE. International survey of self-reported medicine use among adolescents. *Ann Pharmacother* 2003;37:361-366.
- Hansen SG (red.). *Mental sundhed 2009 – at føle man er noget værd*. Børnerådet. København 2009.
- Hansson LN, Vinther-Larsen M. *Unges hverdag. Ungeshverdag.dk-undersøgelsen*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København 2008.
- Harris RA, Qualter P, Robinson SJ. Loneliness trajectories from middle childhood to pre-adolescence: Impact on perceived health and sleep disturbance. *J Adolesc* 2013;36(6):1295-1304.
- Hartz I, Furu K, Bratlid T, Handsl M, Skurtveit S. Hypnotic drug use among 0-17 year olds during 2004-2011: A nationwide prescription database study. *Scand J Public Health* 2012;40:704-711.
- Haugland S, Wold B, Stevenson J, Aaroe LE, Woyanarowska B. Subjective health complaints in adolescence – A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *Adolescent Health* 2001;11:4-10.
- Haugland S, Wold B. Subjective health complaints in adolescence-reliability and validity of survey methods. *J Adolesc* 2001;24:611-624.
- Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev* 2006;26(6):695-718.
- Hershey AD. Pediatric headache: update on recent research. *Headache* 2012;52(2):327-332.
- Hetland J, Torsheim T, Aaro LE. Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scand J Public Health* 2002;30:223-230.

- Holstein BE, Hansen EH, Due P, Almarsdóttir AB. Self-reported medicine use among 11- to 15-year-old girls and boys in Denmark 1988-1998. *Scand J Public Health* 2003;31:334-341.
- Holstein BE, Andersen A, Krolner R, Due P, Hansen EH. Young adolescents' use of medicine for headache: sources of supply, availability and accessibility at home. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2008;17:406-410.
- Holstein BE, Andersen A, Due P, Hansen EH. Children's and adolescent's use of medicine for aches and psychological problems: secular trends from 1988 to 2006. *Ugeskr Laeger* 2009;171:24-28.
- Holstein BE, Damsgaard MT, Henriksen PW, Kjær C, Meilstrup C, Nelausen MK et al. Psykisk mistrivsel blandt 11-15-årige. Sundhedsstyrelsen. København 2011.
- Holstein BE, Hansen EH, Due P. Social class variation in medicine use among adolescents. *Eur J Public Health* 2004;14:49-52.
- Hotopf M, Carr S, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? *BMJ* 1998;316:1196-1200.
- Högberg L, Oke T, Geli P, Lundborg CS, Cars O, Ekdahl K. Reduction in outpatient antibiotic sales for pre-school children: interrupted time series analysis of weekly antibiotic sales data in Sweden 1992-2002. *J Antimicrob Chemother* 2005;56:208-215.
- Højlund H. Ældre og ensomhed: En oversigt over teori og forskning. Skriftserien nr. 6, Gerontologisk Institut. Hellerup 2001.
- Jensen KB. Selvskadende adfærd – forståelse og forandring. Speciale, Ålborg Universitet 2010.
- Jones AC, Schinka KC, van Dulmen MH, Bossarte RM, Swahn MH. Changes in Loneliness during Middle Childhood Predict Risk for Adolescent Suicidality Indirectly through Mental Health Problems. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2011;40(6):818-824.
- Jørgensen PS, Holstein BE, Due P (red.). Børns sociale relationer. I: Sundhed på vippen. En undersøgelse af de store skolebørns sundhed, trivsel og velfærd: Hans Reitzels Forlag. København 2001.
- Kelman BB. The sleep needs of adolescents. *J Sch Nurs* 1999;15(3):14-19.
- King S, Chambers CT, Huguet A, MacNevin RC, McGrath PJ, Parker L et al. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain* 2011;152(12):2729-2738.
- Koushede V, Holstein BE. Sense of coherence and medicine use for headache among adolescents. *J Adolesc Health* 2009;45(2):149-155.
- Ladd GW, Etekal I. Peer-related loneliness across early to late adolescence: Normative trends, intra-individual trajectories, and links with depressive symptoms. *J Adolesc* 2013;36(6):1269-1282.
- Landsforeningen mod spiseforstyrrelse og selvskade (LMS). Diagnoser og omfang. Lokaliseret 3. juli 2014 på <http://www.lmsspiseforstyrrelser.dk/om-selvskade/>

- Lasgaard M, Kristensen N. Ensom i gymnasieskolen: En landsdækkende undersøgelse af ensomhed hos unge på de almen- og erhvervsgymnasiale uddannelser. Ventilen. København 2009.
- Lasgaard M. Ensom blandt andre – En psykologisk undersøgelse af ensomhed hos unge i Danmark. Ventilen. Aarhus 2010.
- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. Springer Publishing Company. New York 1984.
- Liu RT, Alloy LB. Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clin psychol rev* 2010;30:582–593.
- Luntamo T, Sourander A, Sillanmäki L, Gyllenberg D, Aromaa M, Kumpulainen K et al. Pain at age eight as a predictor of antidepressant medication use by age 24: Findings from the Finnish nationwide 1981 birth cohort study. *J Affect Disord* 2012;138:153-159.
- Madge N, Hawton K, McMahon EM, Corcoran P, De Leo D, de Wilde EJ et al. Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011;20(10):499-508.
- Madsen T, Agerbo E, Mortensen PB, Nordentoft M. Deliberate self-harm before psychiatric admission and risk of suicide: survival in a Danish national cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48(9):1481-1489.
- Mahon NE, Yarcheski A, Yarcheski TJ, Cannella BL, Hanks MM. A meta-analytic study of predictors for loneliness during adolescence. *Nurs Res* 2006;55(5):308-315.
- Mattsson C, Hestbæk A, Andersen AR. 11-årige børns hverdagsliv og trivsel. SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd. København 2008.
- Millman RP. Working Group on Sleepiness in Adolescents/young adults; and AAP Committee on Adolescence. Excessive sleepiness in adolescents and young adults: causes, consequences, and treatment strategies. *Pediatrics* 2005;115(6):1774-1786.
- Mulvaney S, Lambert EW, Garber J, Walker LS. Trajectories of symptoms and impairment for pediatric patients with functional abdominal pain: a 5-year longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45(6):737-744.
- Møhl B, Skandsen A. The Prevalence and Distribution of Self-harm among Danish high-school students. *Personal Ment Health* 2012;6(2):147-155.
- Møhl B. At skære smerten bort – en bog om cutting og anden selvskadende adfærd. Psykiatri-Fondens Forlag. 2006.
- Nakamura EF, Cui L, Lateef T, Nelson KB, Merikangas KR. Parent-child agreement in the reporting of headaches in a national sample of adolescents. *J Child Neurol* 2012;27(1):61-67.
- Netterstrøm B. Stress. I: Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F (red.). *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København 2007.
- Nielsen JC, Sørensen NU, Ozmec MN. Når det er svært at være ung i DK - unges trivsel og mistrivsel i tal. Center for Ungdomsforskning, København. Institut for uddannelse og Pædagogik Aarhus Universitet, Aarhus 2010.

- Nielsen L, Vinther-Larsen M, Curtis T, Grønbaek M. Stress blandt unge. Sundhedsstyrelsen. København 2007.
- Ohayon MM, Roberts RE, Zully J, Smirne S, Priest RG. Prevalence and patterns of problematic sleep among older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(12):1549-1556.
- Ottosen MH, Andersen D, Lausten M, Nielsen LP, Stage S. Børn og Unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2010. SFI – Det nationale forskningscenter for Velfærd. København 2010.
- Ottosen MH. 15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra femte dataindsamling af forløbsundersøgelsen af børn født i 1995. SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd. København 2012.
- Ougrin D, Tranah T, Leigh E, Taylor L, Asarnow JR. Practitioner review: Self-harm in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2012;53:337-350.
- Palermo TM. The impact of recurrent and chronic pain on child and family daily functioning: a critical review of the literature. *J Dev Behav Pediatr* 2000;21:58-69.
- Palermo TM, Eccleston C, Lewandowski AS, Williams ACdeC, Morley S. Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: An updated meta-analytic review. *Pain* 2010;148:387-397.
- Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AA, Hunfeld JA, Bohnen AM, van Suijlekom-Smit LW, Passchier J et al. Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain* 2000;87(1):51-58.
- Pilcher JJ, Ginter DR, Sadowsky B. Sleep quality versus sleep quantity: Relationships between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in college students. *J Psychosom Res* 1997;42(6):583-596.
- Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:56-64.
- Qualter P, Brown SL, Munn P, Rotenberg KJ. Childhood loneliness as a predictor of adolescent depressive symptoms: an 8-year longitudinal study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010;19(6):493-501.
- Qualter P, Brown SL, Rotenberg KJ, Vanhalst J, Harris RA, Goossens L, Bangee M, Munn P. Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: Predictors and health outcomes. *J Adolesc* 2013;36(6):1283-1293.
- Rask C, Thomsen PH. Kognitiv adfærdsterapi af funktionelle recidiverende mavesmerter hos børn. *Ugeskr Laeger* 2007;169:3839-3845.
- Rasmussen M, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2010. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København 2011.
- Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006;130:1527-37.
- Rasquin-Weber A, Hyman PE, Cucchiara S, Fleisher DR, Hyams JS, Milla PJ et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999;45(Suppl II):II60-II68.

- Ravens-Sieberer U, Erhart M, Torsheim T, Hetland J, Freeman J, Danielson M et al. The HBSC Positive Health Focus Group. An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *Eur J Pub Health* 2008;18(3):294-299.
- Roane BM, Taylor DJ. Adolescent insomnia as a risk factor for early adult depression and substance abuse. *Sleep* 2008;31(10):1351-1356.
- Roberts RE, Roberts CR, Duong HT. Sleepless in adolescence: prospective data on sleep deprivation, health and functioning. *J Adolesc* 2009;32(5):1045-1057.
- Rotenberg KJ. An Introduction. Loneliness in Childhood and Adolescence. I; Childhood and Adolescent Loneliness. Rotenberg KJ, Hymel S (red.). Cambridge University Press. Cambridge 1999.
- Roth-Isigkeit A, Thyen U, Stöven H, Schwarzenberger J, Schmucker P. Pain among children and adolescents: restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics* 2005;115(2):e152-e162.
- Rubæk L. Selvskadens psykologi. Dansk Psykologisk Forlag 2009.
- Russell D. The Measurement of Loneliness. Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy. Peplau L, Perlman D. New York, John Wiley & Sons 1982: 81-104.
- Savard J, Laroche L, Simard S, Ivers H, Morin CM. Chronic insomnia and immune functioning. *Psychosom Med* 2003;65(2):211-221.
- Sinclair JM, Hawton K, Gray A. Six year follow-up of a clinical sample of self-harm patients. *J Affect Disord* 2010;121(3):247-252.
- Sloand ED, Vessey JA. Self-medication with common household medicines by young adolescents. *Issues in Comprehensive Paediatric Nursing* 2001;24:57-67.
- Stanford EA, Chambers CT, Biesanz JC, Chen E. The frequency, trajectories and predictors of adolescents recurrent pain. A population-based approach. *Pain* 2008;138:11-21.
- Suganuma N, Kikuchi T, Yanagi K, Yamamura S, Morishima H, Adachi H. Using electronic media before sleep can curtail sleep time and result in self-perceived insufficient sleep. *Sleep and Biol Rhythms* 2007;5(3):204-214.
- Sundblad G, Saartok T, Engström LMT. Child – parent agreement on reports of disease, injury and pain. *BMC Public Health* 2006;6:276.
- Sundhedsstyrelsen. Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg i Danmark (1 ed.). København 1998.
- Sundhedsstyrelsen. Undersøgelse af 11-15-åriges livsstil og sundhedsvaner 1997-2008. København 2010.
- Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. Poulsen A, Brot C, Dansgaard B (red.). København 2011.
- Sweetman SC. The complete drug reference. 35th ed. London: Pharmaceutical Press, 2007.
- Saab H, Klinger D. School differences in school health and wellbeing: Findings from the Canadian Health Behaviour in School-aged Children Study. *Soc Sci Med* 2010;70:850-858.

- Theilgård L, Mathiesen K. Københavnbarometeret 2013 (www.bufnet.kk.dk). Københavns Kommune, Børne- og Ungdomsforvaltningen 2013.
- Tobiassen M, Carlsen MH, Svendsen DF. Ung og ensom – en vidensoversigt om unges ensomhed i Danmark. Ventilen. København 2003.
- Tomas CP, Conrad P, Casler R, Goodman E. Trends in the use of psychotropic medications among adolescents, 1994 to 2001. *Psychiatric Services* 2006;57:63-69.
- Tornstam, L. Ensamhetens ansikten. En studie av ensamhetsoplevelser hos svenskar 15-80 år. Uppsala 1988.
- Townsend E, Hawton K, Harriss L, Bale E, Bond A. Substances used in deliberate self-poisoning 1985-1997: trends and associations with age, gender, repetition and suicide intent. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:228-234.
- Vallido T, Peters K, O'Brien L, Jackson D. Sleep in adolescence: a review of issues for nursing practice. *J Clin Nurs* 2009;18(13):1819-1826.
- van Staden WC, Coetzee K. Conceptual relations between loneliness and culture. *Curr Opin Psychiatry* 2010;23(6):524-529.
- Vernacchio L, Kelly JP, Kaufman DW, Mitchell AA. Medication use among children <12 years of age in the United States: results from the Slone Survey. *Pediatr* 2009;124:446-454.
- Vogdrup-Schmidt L. Selvskade er den psykiske smertes nyeste ansigt. Artikel i Information 22. marts 2012: <http://www.information.dk/296790>.
- Vuckovic N. Fast relief: bying time with medications. *Med Anthropol Q* 1999;13:51-68.
- West DA, Kellner R, Moore-West M. The effects of loneliness: a review of the literature. *Compr Psychiatry* 1986;27(4):351-363.
- Whitlock J, Eckenrode J, Silverman. Self-injurious behaviors in a College Population. *Pediatrics* 2006;117(6):1939-1948.
- Wiendels NJ, van der Geest MC, Neven AK, Ferrari MD, Laan LA. Chronic daily headache in children and adolescents. *Headache* 2005;45:678-683.
- Wojnar, M, Ilgen MA, Wojnar J, McCammon RJ, Valenstein M, Brower KJ. Sleep problems and suicidality in the National Comorbidity Survey Replication. *J Psychiatr Res* 2009;43(5):526-531.
- Wolfson AR, Richards M. Young Adolescents Struggles with Insufficient Sleep. I: Sleep and Development. Familial and Socio-Cultural Considerations. El-Sheikh M (red.). Ebook at Oxford Scholarship Online 2011.
- Wu LT, Pilowsky DJ, Patkar AA. Non-prescribed use of pain relievers among adolescents in the United States. *Drug Alcohol Depend* 2008;94:1-11.
- Young J. Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. Loneliness. A Source Book of Current Theory, Research, and Therapy. Peplau L, Perlman D (red.). New York, John Wiley & Sons 1982:379-405.
- Zøllner L. Unges (mis)trivsel. Center for selvmordsforskning. Odense 2002.

Øster J. Recurrent abdominal pain, headache and limb pains in children and adolescents. *Pediatrics* 1972;50(3):429-36.

Aaen S, Nielsen GA. Trivsel, sundhed og sundhedsvaner blandt 16-20-årige i Danmark. *Kræftens Bekæmpelse*. København 2006.



5

PSYKISKE LIDELSER

I DETTE KAPITEL, DER OMHANDLER EN RÆKKE HYPPIGT FOREKOMMENDE PSYKISKE LIDELSER, VIL FOREKOMST, FORDELING OG UDVIKLING OVER TID HOS BØRN OG UNGE BLIVE BESKREVET. KAPITLET VIL OGSÅ KOMME IND PÅ DE PSYKISKE LIDELSERS PROGNOSE OG KONSEKVENSER.

Hvor de foregående to kapitler har beskrevet mere enkeltstående symptomer og aspekter af mentalt helbred, vil dette kapitels formål være at beskrive en række egentlige psykiske lidelser og adfærd tydende på psykiske vanskeligheder. Psykiske lidelser karakteriseres traditionelt på baggrund af tilstedeværelsen af kombinationer af symptomer, herunder flere af de tidligere beskrevne. Det, at barnet eller den unge oplever at have forskellige symptomer, er imidlertid ikke ensbetydende med, at der foreligger en psykisk lidelse. Det afgørende er, om der også er tale om en væsentlig påvirkning af det daglige liv. Unge orienterer sig i høj grad imod jævnaldrende og de værdier og normer, der dominerer blandt dem. Oplevelser af utilstrækkelighed er nok så almindelige i teenageårene, at det må regnes som en del af den normale opvækst. Det samme gælder en vis grad af udfordrende adfærd, der kan ses som én blandt flere normale måder at udvikle sociale erfaringer på. For at det giver mening at tale om en psykisk lidelse, skal disse symptomer derfor optræde sammen med længerevarende og alvorlige vanskeligheder i forhold til at magte dagligdagens almindelige udfordringer. En indadvendt reaktion er generelt hyppigere blandt piger og kvinder, mens den udadreagerende reaktion er hyppigst blandt drenge og mænd. Det svarer til, at diagnoser som angst og depression (se afsnit 5.3) gennemgående

optræder hyppigere hos piger og kvinder, mens diagnoser som adfærdsforstyrrelse (se afsnit 5.4) og misbrug modsat oftere forekommer hos drenge og mænd. Disse fund er forenelige med en antagelse om, at symptomer til en vis grad kan opfattes som et tegn på afmagt, hvor den enkelte reagerer forskelligt afhængig af individuelle forskelle i personlighed og dispositioner. Kombinationen af disse faktorer med omstændigheder omkring barnet og den unge kan sammen give en mental sårbarhed, som kan resultere i egentlig psykisk lidelse (Caspi et al. 2014).

I dette kapitel har vi valgt at fokusere på de hyppigst forekommende psykiske lidelser. Psykosomatiske lidelser omtales ikke samlet, men de typiske symptomer er beskrevet i det foregående afsnit 4.2. Vi har valgt at dele de psykiske lidelser op i tre grupper: 1) udviklingsforstyrrelser, 2) øvrige psykiske lidelser og 3) særlig adfærd tydende på psykiske vanskeligheder. Den normale psykiske udvikling for et barn er i vidt omfang betinget af samspil med omverdenen, og på baggrund af egen omtanke, selvkontrol og indlevelsesevne bliver barnet stadig bedre til at klare komplekse situationer. Her er generel intelligens, evne til selvforvaltning og indlevelsesevne grundlæggende egenskaber. Svage ressourcer på et eller flere af disse områder kan give betydelige vanskeligheder

i hverdagen og, afhængigt af sværhedsgraden, en øget sandsynlighed for psykisk lidelse tidligt i livet. Er vanskelighederne meget udtalte, betegnes det traditionelt som en udviklingsforstyrrelse. Det er stadigvæk kontroversielt hvilke sygdomme, der meningsfuldt omfattes af denne fællesbetegnelse. Disse lidelser har imidlertid det til fælles, at de er til stede i barndommen og kendetegnes ved nedsatte evner indenfor særlige områder, som kan relateres til biologisk hjernefunktion, samt at de har et ret konstant forløb. Der er med andre ord tale om mindre eller abnormt udviklede evner på et eller flere områder. Mental retardering (udtalt lav intelligens), ADHD (afsnit 5.1) og autisme-spektrum-forstyrrelser (afsnit 5.2) er de diagnostiske grupper, der er relativ stor enighed om, er omfattet af denne betegnelse (Thomsen og Skovgaard 2007, American Psychiatric Association 2013). Det er især disse diagnoser, der er fokus på i forbindelse med skolegang og uddannelse. De indfanger som nævnt nogle grundlæggende træk ved den enkeltes evneprofil, som kan gøre det særlig vanskeligt at indgå på lige fod med andre i læringsfællesskaber. Udviklingsforstyrrelserne regnes med til de psykiske lidelser, da de afspejler reducerede evner på områder, der er uhyre centrale i forhold til at kunne klare sig i et positivt samspil med andre i hverdagen. Vi har i denne rapport fravalgt at beskæftige os med mental retardering, da forebyggelsespotentialet her er begrænset og hovedparten med disse problemer isoleret skyldes rene kromosom-abnormiteter som trisomi21. Tvangslidelser, Tourette samt andre sjældnere lidelser vil blive omtalt under de større underkapitler.

Til forskel fra udviklingsforstyrrelser handler de symptomer, der indgår i "de øvrige psykiske lidelser" (emotionelle forstyrrelser (afsnit 5.3), adfærdsmæssige forstyrrelser (afsnit 5.4), spiseforstyrrelser (afsnit 5.5) og psykose (afsnit 5.6)), i højere grad

om negative tanker og handlinger. Der er således tale om to forskellige niveauer. Udviklingsforstyrrelserne handler om en mangelfuld udvikling af grundlæggende ressourcer, mens de øvrige psykiske lidelser typisk tilkommer senere og beskriver en bred vifte af dysfunktionelle symptomer.

Den tredje gruppe af psykiske lidelser, som vi har valgt at have med i denne rapport er "adfærd tydende på psykiske vanskeligheder". Hertil regnes bl.a. selvmord og selvmordsadfærd (afsnit 5.7), der ikke i sig selv er klassificerede som psykiske lidelser, men som deler mange træk med disse. Ofte vil kriterierne for en eller flere psykiske lidelser imidlertid være opfyldte.

5.1 OPMÆRKSOMHEDS- OG HYPERAKTIVITETSFORSTYRRELSE (ADHD)

ADHD er forkortelse for Attention Deficit Hyperactive Disorder og består af en kombination af hyperaktivitet, impulsivitet og manglende opmærksomhed. ADHD-forekomsten fordelt på køn, alder og socioøkonomisk gruppe og på de seneste 20 år vil i det efterfølgende blive gennemgået.

Sammenfatning

ADHD er den hyppigste børnepsykiatriske diagnose, med en aktuelt estimeret forekomst på 3,6 %. Den reelle forekomst i Danmark er imidlertid usikker, da der ikke er en central registrering af diagnoser stillet hos privatpraktiserende speciallæger. Vi har i Danmark set mindst en tidobling i medicinering for ADHD gennem de sidste 10 år, og 4,6 % blandt drenge og 1,3 % blandt piger i alderen 10-24 år var i behandling i 2011. Diagnosen ADHD er tre gange hyppigere blandt drenge end blandt piger, men ADHD-symptomer rapporteres i teenagealderen lige hyppigt af drenge og piger. Der er en højere forekomst af ADHD i lavere soci-

økonomiske grupper. Trods disse klare tendenser i diagnose og medicinering er det usikkert, i hvilken grad der er sket en reel stigning i forekomsten, eller om den stigende forekomst skyldes ændringer i diagnosticeringspraksis, kommunale forhold f.eks. betingelser for tildeling af sociale ydelser osv. ADHD kan behandles medicinsk med god effekt på kernesymptomerne, men psykologiske og pædagogiske indsatser, især tidligt i livet, er uden tvivl også væsentlige for forløbet.

Indledning

Relativt mange børn kan virke impulsive, uopmærksomme og rastløse og kan have denne adfærd i mange år. En sådan adfærd kan, når den er udtalt, være meget belastende både for forældre og lærere og er nok derfor også den hyppigste årsager til henvisning til børnepsykiatrisk behandling. Børn med udtalte forstyrrelser på dette område bliver oftere misbrugere, får dårligere uddannelse og bliver hyppigere involveret i kriminalitet og anden antisocial adfærd (Matza 2005). Børn, som har disse problemer i svær grad, vil opfylde kriterierne for DSM-V diagnosen ADHD (American Psychiatric Association 2013). Diagnosen bygger ikke på direkte målinger af disse funktioner, men på oplysninger om, hvordan almindelige udfordringer i hverdagen magtes. Det er således et krav, at der som minimum skal optræde karakteristiske vanskeligheder svarende til enten impulsivitet/hyperaktivitet eller udtalte koncentrationsproblemer i flere sammenhænge, typisk både hjemme og i skolen. Diagnosen har endvidere indtil nu kun kunnet stilles, hvis vanskelighederne samlet set har en betydelig negativ effekt på skole- eller arbejdspræstationer eller på relationer til andre (American Psychiatric Association 2013).

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) =

Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed. Diagnosen gradueres med DSM-5 i let, middelsvær og svær ADHD. I Danmark bruges en anden klassifikation (ICD-10) i forbindelse med indberetning af diagnoser til statistiske formål.

Forekomst, fordeling og udvikling over tid

Som det gælder for de andre udviklingsforstyrrelser og for diagnoser som helhed, er der ikke noget klart markeret skel imellem det almindelige og det afvigende. Det betyder, at det også her er afgørende, at der anvendes ensartede og veldokumenterede vurderingsmetoder.

I den internationale litteratur er det hyppigste bud på forekomsten af ADHD omkring 5 % hos børn og unge og 4 % hos voksne (Polanczyk og Rohde 2007). Når tallet er mindre hos voksne end hos børn og unge, kan det hænge sammen med, at de hidtil brugte kriterier har fokuseret meget på, hvordan vanskelighederne fremtræder hos især drenge i skolealderen, men også at en del som voksne finder måder at kompensere for ADHD-problemerne. De nyeste DSM-V vurderingskriterier er suppleret med formuleringer, der i højere grad er relevante for ældre aldersgrupper, og måske også for piger, og det er muligt, at dette fremadrettet vil påvirke både kønsforskellen og forekomsten hos voksne (American Psychiatric Association 2013).

I Danmark vil indberettede diagnoser fra sygehuse undervurdere den reelle forekomst af børn og unge, der opfylder de diagnostiske kriterier. Dette skyldes, at diagnoser stillet af praktiserende special-

læger ikke registreres. Har man ADHD-problemer i svær grad, er medicin en effektiv behandling af kernevanskelighederne (Daughton 2009, Sonuga-Barke et al. 2013). Der er tale om behandling med medikamenter, der stort set kun anvendes til behandling af denne type problemer. Derfor kan oplysninger om udskrivning af disse typer medicin give et ret præcist indtryk af, hvor mange der i forskellige aldersklasser diagnosticeres og behandles på specialniveaue. På basis af en central registrering af udstedte recepter, har man i en nylig dansk undersøgelse forsøgt at skønne, hvor mange der på forskellige alderstrin modtager medicinsk behandling for ADHD (Pottgard et al. 2012). Tabel 5.1 viser hvor mange personer i alderen 10-24 år, der i 2011 havde fået en diagnose eller medicin. Som det fremgår, er der en del børn, som får medicin uden at have en diagnose, hvilket formodentlig alene er udtryk for at disse børn ikke er diagnosticerede i hospitalsregi.

Af tabel 5.1 fremgår det, at 1,7 % blandt 10-24-årige fået ICD-10 diagnosen som svarer til ADHD ved

udgangen af 2011, mens ca. 2,5 % havde været i medicinsk behandling. Det svarer til, at 3,1 % havde fået diagnose eller medicin, og ved at sammenholde disse registerinformationer om medicinering og diagnoser, under forudsætning af, at forholdet mellem disse to er ens blandt børn behandlet i hospitalsregi og i privat speciallægepraksis, er et fornuftigt bud på en aktuel ADHD-forekomst på 3,6 % (hhv. 5,0 % og 2,1 % blandt drenge og piger).

Som det fremgår af figur 5.1, er der en vis regional variation i forekomsten af ADHD, og figur 5.1 og 5.2 viser desuden, at der er sket en væsentlig stigning i forekomsten igennem de senere år blandt begge køn.

Da vi ikke har nogen systematisk viden om udviklingen i ADHD-adfærd i Danmark, kan stigningen i diagnoser og medicinering henover de seneste 10 år både skyldes ændring i kommunal praksis og udredningskapacitet i børnepsykiatrien, og en reel stigning i børn med disse problemer. Og trods den umiddelbart dramatiske relative stigning i

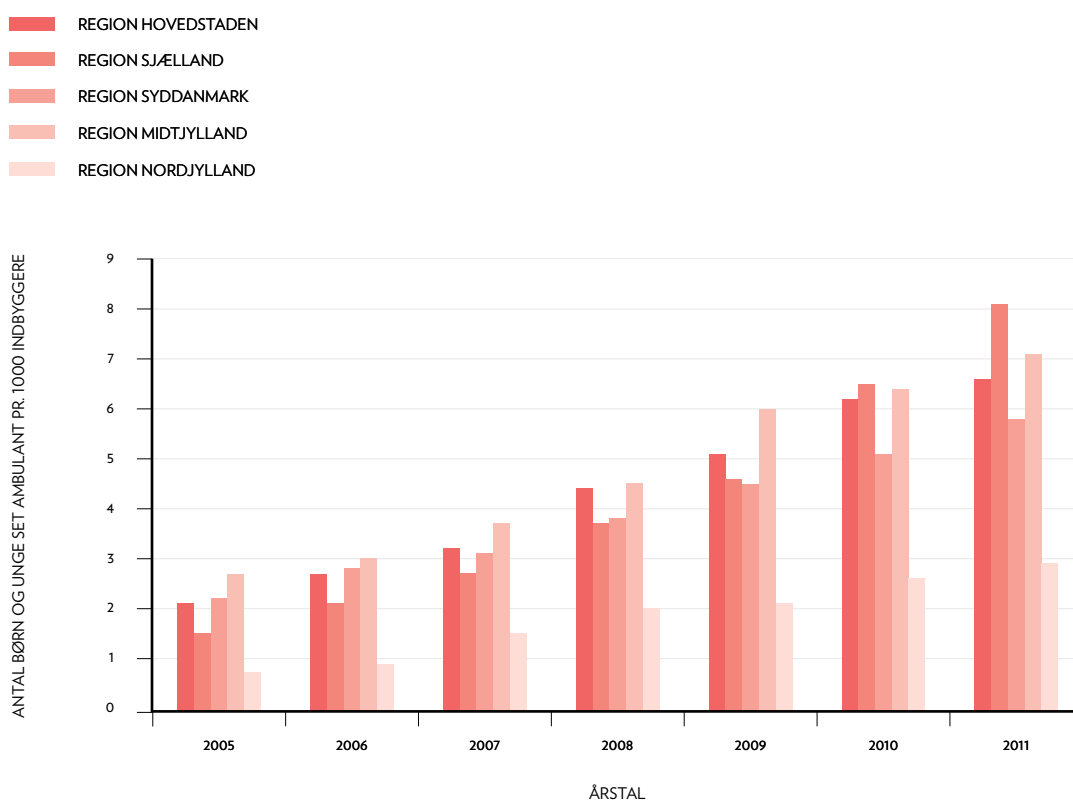
→ TABEL 5.1

Danskere i alderen 10-24 år, opgjort ved udgangen af 2011, der får ADHD-medicin og/eller som er ADHD-diagnosticeret (F90.x) (dataudtræk fra den nationale receptdatabase og landspatientregistret, analyseret af Jin Liang Zhu).

FÅET ADHD MEDICIN			
ADHD-DIAGNOSTISERET (F90.X)	NEJ	JA	
NEJ	➤ 1,022,320	➤ 11,843	➤ 1,034,163
JA	➤ 6,047	➤ 14,733	➤ 20,780 (1,7 %)
TOTAL	➤ 1,028,367	➤ 26,576 (2,5 %)	➤ 1,054,943 20,780

→ FIGUR 5.1

Regional variation i forekomst af ADHD (defineret som hyperkinetisk forstyrrelse) blandt børn og unge pr. 1000 indbyggere (Regeringens udvalg om psykiatri 2013).

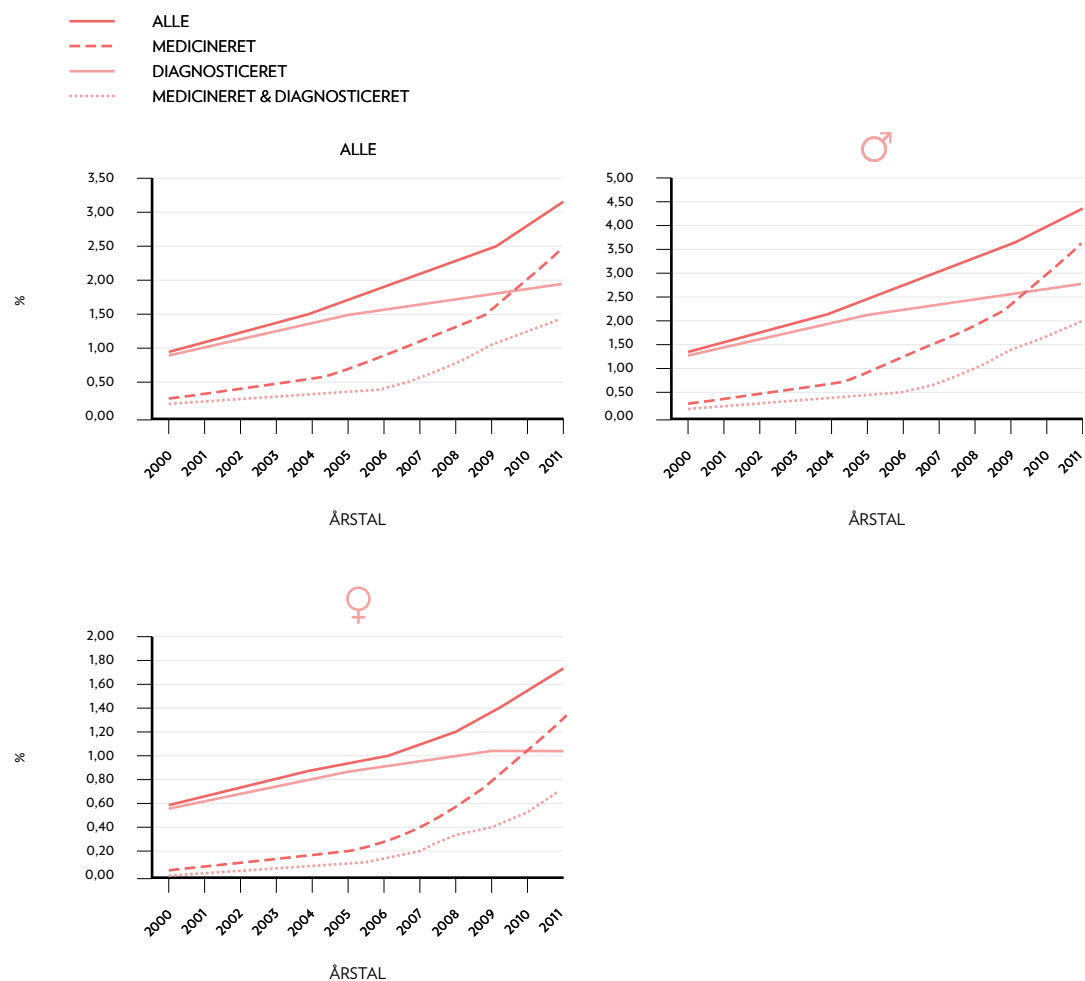


ADHD-forekomsten har vi knap nået den anslåede reelle forekomst (som dog også er usikker). Det kan diskuteres, om det giver mening at tale om en reel forekomst, da diagnosen bygger på en kombination af symptomer og funktion i hverdagen, hvorfor omstændigheder i hverdagen som familie og skoleforhold vil være af betydning. Hvorvidt vi aktuelt diagnosticerer og behandler et passende antal børn er vanskeligt at vurdere, men den store regionale variation, som ses af figur 5.1, vil være relevant at undersøge nærmere og kunne tale for, at der er behov for en mere systematisk praksis på området.

ADHD er hyppigere forekommende blandt lavere socioøkonomiske grupper (Dalsgaard et al. 2013b). Som det ses af figur 5.3 er der store forskelle i behandlingshyppigheden de to køn imellem. Her synes der at være flere faktorer i spil. Ved at samle data fra en lang række undersøgelser, har man estimeret, at de opstillede kriterier vurderet ud fra oplysninger fra forældre og lærere er opfyldt ca. 2,5 gange hyppigere hos drenge end hos piger (Polanczyk og Rohde 2007, Polanczyk et al. 2007). Ser man på medicinsk behandling, er kønsratioen imidlertid 4:1 for de 6-12-årige drenge og piger,

→ FIGUR 5.2

Procentvise udvikling i andel af personer mellem 10-24 år, som har fået ICD-10- diagnosen Hyperkinetisk forstyrrelser og/eller medicinsk behandling for ADHD 2000-2011 (Dataudtræk fra den nationale receptdatabase og landspatientregistret, analyseret af Jin Liang Zhu).

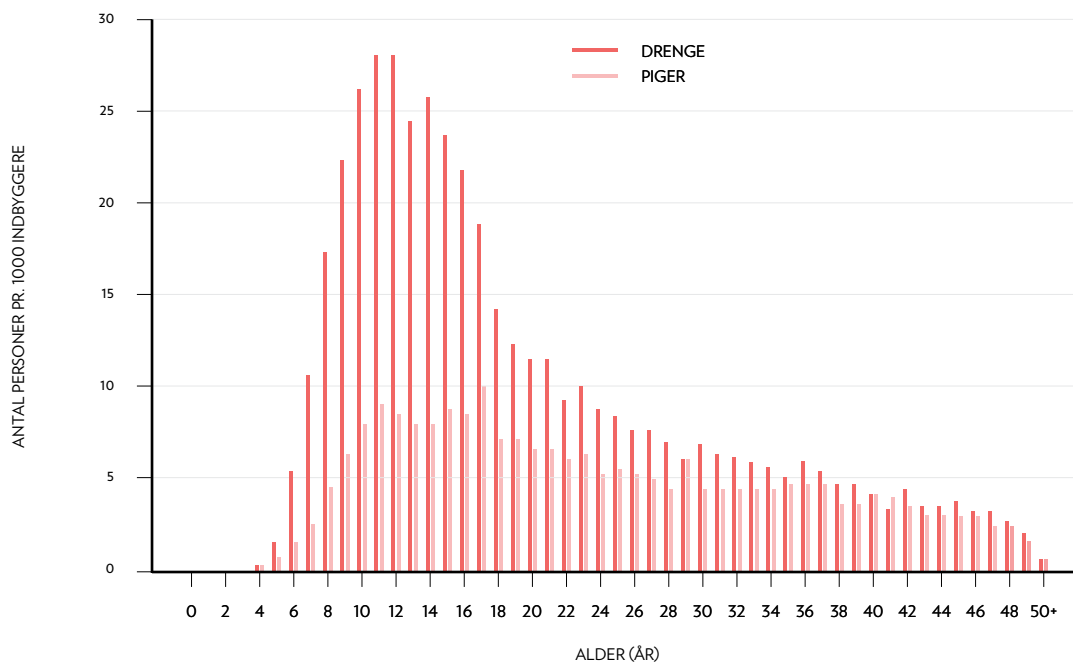


men falder til 3:1 for de 13-17-årige og 1,15:1 for de 18-24-årige (se figur 5.3) (Pottgard et al. 2012). Der er altså en del der tyder på, at forskellen på andelen af drenge i forhold til piger, der henvises til yderligere udredning og behandling, er større end forskellen på det reelle omfang af vanskeligheder mellem de to køn. Det er derfor sandsynligt, at der er tale om en vis underdiagnosticering af piger i

forhold til drenge (Rucklidge 2010). Dette er også overensstemmende med en dansk undersøgelse, der har vist, at når man ser på de børn, der når frem til udredning og behandling, synes pigerne at have en dårligere prognose end drengene, hvilket kunne afspejle, at man som pige skal have ADHD i sværere grad for at komme i behandling (Dalsgaard et al. 2002).

→ FIGUR 5.3

Antal personer pr. 1000 indbyggere, der modtog medicinsk behandling for ADHD i 3. kvartal 2011, fordelt på alder og køn (Pottegard et al. 2012).



Når forskellen i behandlingshyppighed udjævner sig med alderen, kan det hænge sammen med, at der ved diagnosticering hos unge og voksne i højere grad end hos børn tages udgangspunkt i egne oplevelser af vanskeligheder. Her er forskellen imellem kønnene langt mindre, end når der bygges på andres observationer. Som det fremgår af figur 5.4, baseret på data fra skolesundhed.dk, findes der en næsten identisk profil for 12-16-årige drenge og piger, når de hos sig selv skal vurdere forekomsten af fem karakteristiske adfærdstræk, der er tæt forbundet med ADHD (Herner et al. 2012). De unge har besvaret spørgeskemaet ”Styrker og svagheder (SDQ)”, og de nævnte fem spørgsmål kan scores fra 0-2, hvilket giver en maksimal mulig score på

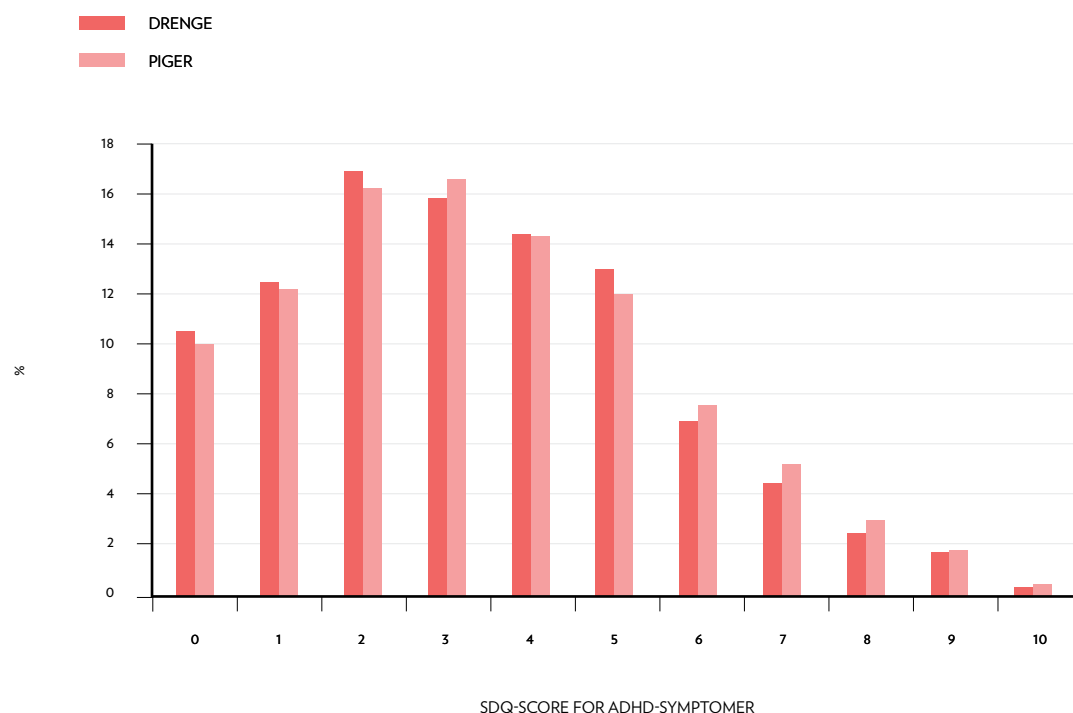
10 (se figur 5.4). Dette er i overensstemmelse med lignende undersøgelser blandt norske og svenske drenge og piger, som ligeledes rapporterer nogenlunde lige mange ADHD symptomer i denne alder (van Roy 2006, Lundh 2008) især med hensyn til opmærksomhedsforstyrrelser.

Følgvanskeligheder og konsekvenser

De sværeste tilfælde af ADHD er forbundet med en meget markant overhyppighed af senere psykiatriske lidelser, sociale vanskeligheder, misbrug og kriminalitet i voksenalderen (Eyre 2013, Charach et al. 2011). I hvilket omfang iværksættelse og vedligeholdelse af medicinsk behandling kan ændre dette er endnu sparsomt belyst. Dog tyder nyere

→ FIGUR 5.4

Fordeling af svar fra 12.646 danske skoleelever i de ældste klasser på den del af spørgeskemaet, som omfatter fem spørgsmål om adfærd, karakteristisk for ADHD. Jo højere score, jo mere genkender eleven disse træk fra sig selv (dataudtræk fra www.sdqinfo.org, analyseret af Jeppe Warberg Larsen og Anita Tønder Nielsen).



danske og svenske data på, at medicinsk behandling er forbundet med lavere risiko for hhv. ulykker (Dalsgaard 2012) og kriminalitet (Lichtenstein et al. 2012).

Det er mere reglen end undtagelsen, at unge med ADHD i løbet af opvæksten udvikler symptomer svarende til en eller flere andre psykiske lidelser. Denne tendens er for så vidt forventelig, idet ADHD, på linje med de andre udviklingsforstyrrelser, alt andet lige reducerer den enkeltes kapacitet i forhold til at magte livets udfordringer. Det er dog forskelligt, hvilke symptomer der hyppigst fremkommer hos hvert af de to køn. Hvor drenge typisk reagerer med adfærdforstyrrelser og misbrug, er

det hos piger mere almindeligt at udvikle angstlidelser og depression. Men alle kombinationer af såvel disse vanskeligheder som andre kan forekomme (Spencer et al. 2007, Taylor 2010, Booster et al. 2012). ADHD kan i sjældnere tilfælde også være det første tegn på mere alvorlig psykisk lidelse som skizofreni (Dalsgaard et al. 2013a).

5.2 AUTISME-SPEKTRUM-FORSTYRRELSER

I følgende afsnit, der omhandler autisme-spektrum-forstyrrelser (ASF), introduceres en beskrivelse af diagnose, forekomst, fordeling og udvikling over tid hos børn og unge ligesom

forstyrrelsens prognose og konsekvenser vil blive behandlet.

Sammenfatning

Autisme er blandt de alvorligste psykiske udviklingsforstyrrelser blandt børn og unge. Vi har set en stigning i diagnosticerede tilfælde igennem de sidste 20 år fra nogle få promille til omkring én procent. Stigningen i forekomsten skyldes formodentlig primært udvikling i diagnostisk praksis kombineret med stigende krav til sociale færdigheder og fleksibilitet. Autisme kan findes i forskellige grader og er fire gange hyppigere hos drenge end hos piger. Udenlandske studier har vist en højere forekomst af ASF hos familier med høj socioøkonomisk status, men det er uvist, om denne sammenhæng blot er udtryk for en ulige adgang til sundhedssystemet. I Danmark er der ikke tegn på større social skævhed i relation til denne diagnose. Der findes ingen medicinsk behandling for autisme, men en tidlig erkendelse af problemerne og efterfølgende støtte kan formodentlig forbedre livsforløbet.

Indledning

I 1943 udgav Leo Kanner den første beskrivelse af autisme, og siden da er den fulgt op af talrige andre. Wing og Gould introducerede i 1979 en udvidelse af begrebet til at omfatte flere tilstande med forskellige grader af vanskeligheder benævnt ASF (Wing og Gould 1979). Autismspektret er karakteriseret ved symptomer inden for følgende kerneområder: socialt samspil, verbal og non-verbal kommunikation og adfærd og interesser. Symptomerne spænder fra milde til alvorlige og optræder tidligt i barndommen (Lauritsen 2012). Kernevanskelighederne centrerer sig således om social intuition og evnen til at leve sig ind i andres følelser og forestillingsverden. Der er ofte et overlap til de øvrige udviklingsforstyrrelser, og kriterierne for såvel mental retardering, ADHD og autisme kan ses opfyldt hos den samme person.

Den præcise afgrænsning af diagnoserne på dette område har længe givet anledning til debat (Wing et al. 2011). Senest har man ved udgivelsen af det toneangivende diagnosesystem DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) valgt at fokusere på to områder: Der skal være tale om klart nedsat evne til at interagere og kommunikere meningsfuldt med andre, og samtidig skal der være en tendens til at udvise gentagen og indskrænket adfærd. Disse vanskeligheder skal endvidere have et omfang, så det i væsentlig grad påvirker dagligdagen. Denne afgrænsning vil formentlig på sigt komme til at påvirke den diagnostiske praksis i Danmark, selv om tilsvarende ændringer endnu ikke er gennemført i ICD-systemet. I dag skelnes der i dansk diagnostisk praksis mellem infantil autisme, atypisk autisme, Aspergers syndrom og anden eller uspecificeret gennemgribende udviklingsforstyrrelse. Det må imidlertid forventes, at denne terminologi vil glide ud, og i stedet vil man tale om forskellige grader af autisme, og meget tyder på, at også dette område kan ses som et kontinuum. Infantil autisme udgør nu omkring 30 % af de registrerede diagnoser inden for ASF og er karakteriseret ved at repræsentere den mest alvorlige del af spektret, der dækker tilstande med forskellige grader af vanskeligheder i forhold til kognitiv funktionsevne og sprogfærdigheder (Thomsen 2007). Variationen i de sociale symptomer kan gå fra fuldstændig mangel på bevidsthed om, at en anden person er til stede til en påtrængende social adfærd, som er uhensigtsmæssig i den givne kontekst. Ligeledes kan de kommunikative vanskeligheder variere fra stumhed til forsinkelse af sprogudviklingen eller omvendt et meget korrekt og formelt sprogbrug med et stort ordforråd. Fælles er dog en manglende forståelse af sprogets sociale muligheder, som hænger tæt sammen med en grundlæggende manglende evne til at forstå andres tanker og følelser. Mange unge med disse vanskeligheder er desuden præget af

faste rutiner og ritualer og kan være usædvanligt optagne af et bestemt emne (Rutter et al. 2008).

Forekomst, fordeling og udvikling over tid

Svære grader af autisme erkendes oftest allerede i småbarnsalderen, mens lettere vanskeligheder diagnosticeres senere eller slet ikke. Som det gælder for de øvrige udviklingsforstyrrelser, synes vanskelighederne at afspejle nogle evner, der nok kan udvikle sig, men aldrig til et niveau som svarer til de jævnaldrende. Derfor vil man i lettere tilfælde først erkende problemerne gradvist og især med stigende krav om socialt samspil, hvilket forklarer den stigende hyppighed op igennem barndommen. Ændringer i diagnosticerede tilfælde op igennem barndommen er formodentlig det bedste bud, vi har på udvikling i forekomsten. Denne varierer betydeligt fra studie til studie. Således er der globalt estimeret en prævalens på mellem 0,3-1 % (Fombonne 2009, Boyle et al. 2011, Manning et al. 2011, Elsabbagh et al. 2012). De senere års danske prævalensstudier finder tilsvarende, at 0,5-1 % af børnepopulationen i alderen 8-10 år har fået diagnosticeret ASF (Petersen et al. 2006, Parner et al. 2011).

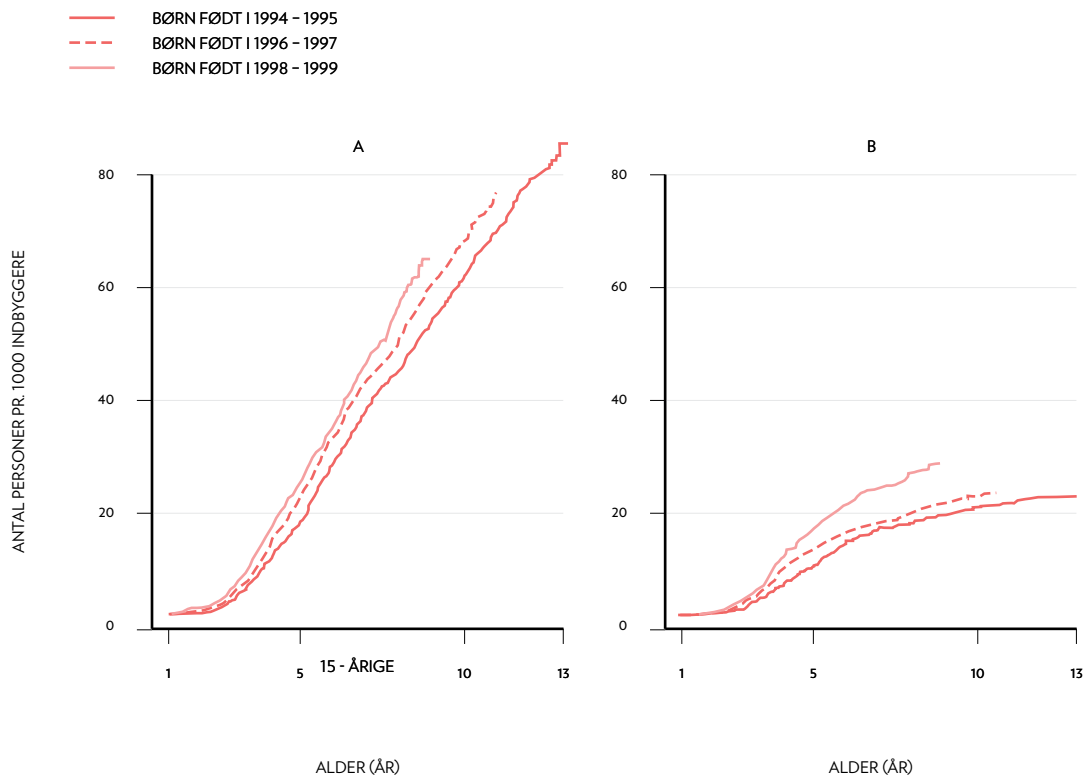
Hyppigheden af erkendte lidelser i autisme-spektrret var i Danmark for to årtier siden omkring 0,2 % hos børn under 10 år. Diagnosticeringen af ASF er således steget over de sidste to årtier, hvilket uden tvivl til dels kan forklares ud fra en ændret fortolkning af diagnosekriterierne og dermed en ændret diagnostisk praksis. Eksempelvis ville et barn som opfylder de diagnostiske kriterier for ASF for 15-20 år siden typisk være karakteriseret som havende indlæringsvanskeligheder. Denne forskydning kan hænge sammen med, at den diagnostiske praksis påvirkes af, om diagnoser udløser bestemte rettigheder eller tilbud om behandling. Efter Danmark tilsluttede sig det internationale diagnosticerings-system ICD-10 i 1994, kan stigningen også til dels

være en konsekvens af, at kendskabet til ICD-10 nu er så indarbejdet i det primære sundhedssystem, og at autisme almindeligvis bliver identificeret på et tidligere tidspunkt (Beyer 2003, Parner et al. 2008). Figur 5.5 viser forekomsten af diagnosen op igennem 90'erne. De to figurer viser forekomsten af diagnoser inden for hele autisme-spektrret (figur 5.5A) og for infantil autisme alene (figur 5.5B) i forhold til barnets alder ved diagnosetidspunktet.

Der er betydelige kønsforskelle i forekomsten af ASF, således bliver drenge fire gange så hyppigt som piger diagnosticeret med ASF (Kogan et al. 2009, Rice 2009). Som det er tilfældet for ADHD, kan forskelle af denne størrelsesorden give mistanke om, at ASF hyppigere overses hos piger end hos drenge. Piger med ASF kan have sociale mønstre som særinteresse, så deres reducerede empatiske evner ikke fremstår som et åbenlyst problem. Dette synes bekræftet i et nyere svensk studie, hvor der er foretaget omhyggelige undersøgelser af piger henvist til udredning for en række forskellige psykiske symptomer (Kopp et al. 2010). Studier fra USA har gennem de sidste 20 år rapporteret en positiv sammenhæng mellem høj socioøkonomisk status i familien og risiko for diagnosticering af ASF (Williams et al. 2008, Durkin et al. 2010, Fountain et al. 2011). Det diskuteres, om denne sammenhæng blot er udtryk for en ulige adgang til sundhedssystemet, hvilket kan underbygges af et studie, som viste, at børn med ASF af højtuddannede forældre markant tidligere blev diagnosticeret end børn af lavt uddannede forældre (Fountain et al. 2011). Det modsatte er imidlertid også observeret i andre lande med et andet sundhedssystem. I et nyere svensk studie fandt man, at lav socioøkonomisk status var associeret med en øget risiko for ASF (Rai et al. 2012), og i et dansk studie konkluderes, at der ingen signifikant sammenhæng var med socioøkonomisk status, men der fandtes dog en sammenhæng alene med

→ FIGUR 5.5

Aldersspecifik prævalens af autisme-spektrum-forstyrrelser (A) og infantil autisme (B) for børn født i Danmark i de tre perioder 1994-1995, 1996-1997 og 1998-1999 (Parner et al. 2008).



lav indkomst hos forældrene (Larsson 2005).

Følgvanskeligheder og konsekvenser

For personer med autisme er det almindeligt at opleve andre vanskeligheder igennem livet. Op mod 75 % af unge med ASF har mindst én relateret lidelse, og heraf ses angst, depression og ADHD hyppigt. Især angst er fremtrædende og øges i takt med personens stigende kommunikationsvanskeligheder (Mannion og Leader 2013). Prognosen for ASF varierer med alvoren af forstyrrelsen og de relaterede lidelser, men fælles for de fleste er, at de generelt har et dårligere

helbred livet igennem (Duchan og Patel 2012).

Ungdommen er for flere med disse vanskeligheder desuden knyttet til en række ændringer i adfærd. Eksempelvis kan en adfærd, der tidligere har været præget af en overaktivitet, blive erstattet af en bemærkelsesværdig underaktivitet i voksenlivet. Man vil hos nogle også se en uhensigtsmæssig seksuel adfærd, og at ophidselse, som fører til vredesudbrud, er almindeligt (Goodman og Scott 2005).

Autisme er et alvorligt handicap og under 10 % vil få arbejde og være i stand til at tage vare på sig

selv. Endnu færre vil kunne få gode venner, blive gift eller få børn. Lettere tilfælde med normal IQ og talefærdigheder ved femårs-alderen har langt bedre muligheder, her er det 50 %, som får et socialt liv som voksen målt på de nævnte indikatorer (Goodmand og Scott 2005).

5.3 EMOTIONELLE LIDELSER

Dette afsnit beskriver de emotionelle lidelser angst, depression og obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD). Indledningsvist beskrives hvilke symptomer, der hyppigst optræder ved forekomst af emotionelle lidelser, hvorefter det vil blive gennemgået, hvad vi ved om forekomst, fordeling og udvikling i sygdommen over tid ligesom prognose og konsekvenser vil blive beskrevet.

Sammenfatning

Emotionelle lidelser omfatter angst og depression, som med hensyn til symptomer ofte beskrives sammen hos børn og unge. OCD klassificeres også ofte under emotionelle lidelser. Forekomsten af emotionelle lidelser blandt børn og unge i Danmark er sparsomt beskrevet, men angst- og depressionsforekomsten angives til at ligge mellem ca. 1,5 % til 4 % og for OCD på mellem 0,5 % og 4 % i normalklasser. Blandt de studier, der kommer med et bud på en prævalens af emotionelle lidelser, ses stor variation afhængigt af målemetode, lidelsens karakter, og børnenes udviklingstrin. Forekomsten af børn og unge med både affektive lidelser (depression og mani) samt børn og unge med diagnosticerede angstproblemer er stigende, og alderen ved debut er formodentlig faldende. Der er ikke undersøgelser, der afdækker, om der er sket en udvikling i forekomsten af OCD, og det vides heller ikke, om OCD forekomsten varierer med socioøkonomisk gruppering. Symptomerne ved emotionelle lidelser er meget varierende og i en vis grad præget af barnets

udviklingstrin, hvor angstsymptomer manifesterer sig hyppigst i barndommen sammenlignet med depressive symptomer, der oftest debuterer i puberteten. Undersøgelser har vist, at børn og unge, der vokser op i familier med lavere socioøkonomisk status, oftere har emotionelle lidelser.

Indledning

Emotionelle lidelser hos børn og unge kan ses som et spektrum af varierende symptomer, oftest relateret til angst- og depressive tilstande, som dækker over forskellige grader af funktionelle vanskeligheder. OCD klassificeres også ofte under emotionelle lidelser.

De fleste børn og unge har som led i deres naturlige udvikling forbigående emotionelle symptomer, og nogle har også en ængstelig eller bekymret natur, uden at der nødvendigvis er tale om en emotionel lidelse. Separationsangst kan være helt normalt hos mindre børn, ligesom frygten for ikke at være god nok kan være en naturlig del af udviklingen blandt unge. At ængstes, bekymre sig og at have momenter af nedtrykthed er altså normale psykologiske fænomener, der omfatter nogle af de stærkeste følelser, vi kan opleve. Som det fremgår af de to foregående kapitler 3 og 4, vil mange unge adspurgt rapportere, at de har disse problemer. For at der skal være tale om en emotionel lidelse, skal angsten ikke kunne forklares ved barnets udviklingsniveau, og barnets evne til at fungere i hverdagen skal være indskrænket (Rutter et al. 2008).

I ICD-10 skelnes der imellem angst og depressive lidelser, hvor angstlidelser underinddeles i separationsangst, fobier, generaliseret angst og social angst. Depressive lidelser inddeles derimod i let, moderat og svær depression. Som det ses i tabel 5.2, er der et vist overlap af symptomer imellem det, der defineres som hhv. angst og depressive lidelser. OCD er karakteriseret ved svære tvangs-

tanker og/eller handlinger (f.eks. angst for sygdom, snavs og smitte eller angst for at der skal ske en katastrofe for en selv eller ens nærmeste). Disse tvangssymptomer tager oftest overhånd og kan blive ganske invaliderende og indgribende i såvel barnets som familiens hverdag (Thomsen 2002). Når vi i et folkesundhedsperspektiv taler om emotionelle lidelser, er der derfor heller ikke tale om et særligt specifikt symptombillede, men mere et overlap af ængstelige og depressive symptomer der er forbundet med, at barnet eller den unge har svært ved at rumme hverdagens udfordringer. Derfor vil man også i befolkningsundersøgelser blandt børn ofte spørge ind til symptomer, som dækker begge kategorier af symptomer, for at få et bud på forekomsten.

Forekomst, fordeling og udvikling over tid

Der ses stor variation, når forskellige internationale og danske undersøgelser prøver at vurdere forekomsten af emotionelle lidelser blandt børn og unge. Det kan formodentlig forklares ud fra kulturelle forhold, forskelle i kriterier, studiepopulationer, metoder, samt hvorvidt man fokuserer specifikt på angst eller depressionsrelaterede symptomer (Rutter et al. 2008, Leth og Esbjørn, 2012, Goodman og Scott 2012). Udredning og behandling af emotionelle lidelser forudsættes i Danmark desuden overvejende at ske i primærsektoren, dvs. i kommunalt regi og hos alment praktiserende læge (Sundhedsstyrelsen 2001). Det betyder, at antallet af diagnoser indberettet fra de børnepsykiatriske afdelinger ikke vil afspejle den reelle forekomst. Kun et fåtal af de børn og unge, der opfylder kriterierne for en eller flere diagnoser på en emotionel lidelse, vil altså blive henvist til et psykiatrisk hospital. Symptomer svarende til emotionelle lidelser optræder desuden ikke sjældent sammen med udviklingsforstyrrelser eller andre psykiske lidelser, hvor et overlap imellem symptomerne ved emotionelle og adfærdsmæssige lidelser ligeledes

kan vanskeliggøre en differentiering (Rutter et al. 2008, Goodman og Scott 2012). Det betyder, at de registrerede diagnoser ikke giver et reelt billede af forekomsten af emotionelle lidelser blandt børn og unge. For at nærme sig det bedste bud på en forekomst, er man derfor henvist til spørgeskemaundersøgelser rettet imod forældre, børn eller/og lærere, hvor man kombinerer rapportering af emotionelle lidelser med en angivelse af, om der opleves en ledsagende reduktion af barnets evne til at fungere i hverdagen. Ved sådanne undersøgelser vil resultaterne selvfølgelig være afhængige af, hvem og hvordan man spørger, samt af tolkningen af svarerne.

Det er veldokumenteret, at undersøgelser, der bygger på forælderreporterede symptomer hos barnet, vil underestimere forekomsten af emotionelle lidelser (Obel et al. 2004). Blandt danske børn født i 2000 fandt et studie, at 1,5 % havde symptomer på emotionelle lidelser i 5-7 års alderen (Elberling 2014). Dette studie bygger på rapporterede data fra forældre og lærere. Forekomsten var noget større i et andet dansk studie, som fandt at ca. 4 % af 8-9-årige danske børn, der gik i normalklasser, havde symptomer på emotionelle lidelser (Petersen et al. 2006). Forekomsten blandt de børn, der gik i specialklasse, var i samme undersøgelse ca. 19 %. I 2008 undersøgte et studie forekomsten af selvrapporterede emotionelle symptomer blandt 7. klasses børn. Her udtrykte omkring 11 % af børnene bekymring om emotionelle vanskeligheder (Reinholdt-Dunne et al. 2011). Studier har desuden vist stigende forekomst af emotionelle lidelser ved stigende alder blandt piger (Reinholdt-Dunne et al. 2011). Allerede fra 6 års alderen viser der sig en øget forekomst af emotionelle symptomer blandt piger sammenlignet med drenge. Fra pubertetsalderen og frem er der en klar tendens til, at depression og angst optræder op til næsten fem gange hyppigere hos piger end hos drenge, både hvad

→ **TABEL 5.2**

Symptomer på emotionel lidelse (Thomsen 2013).

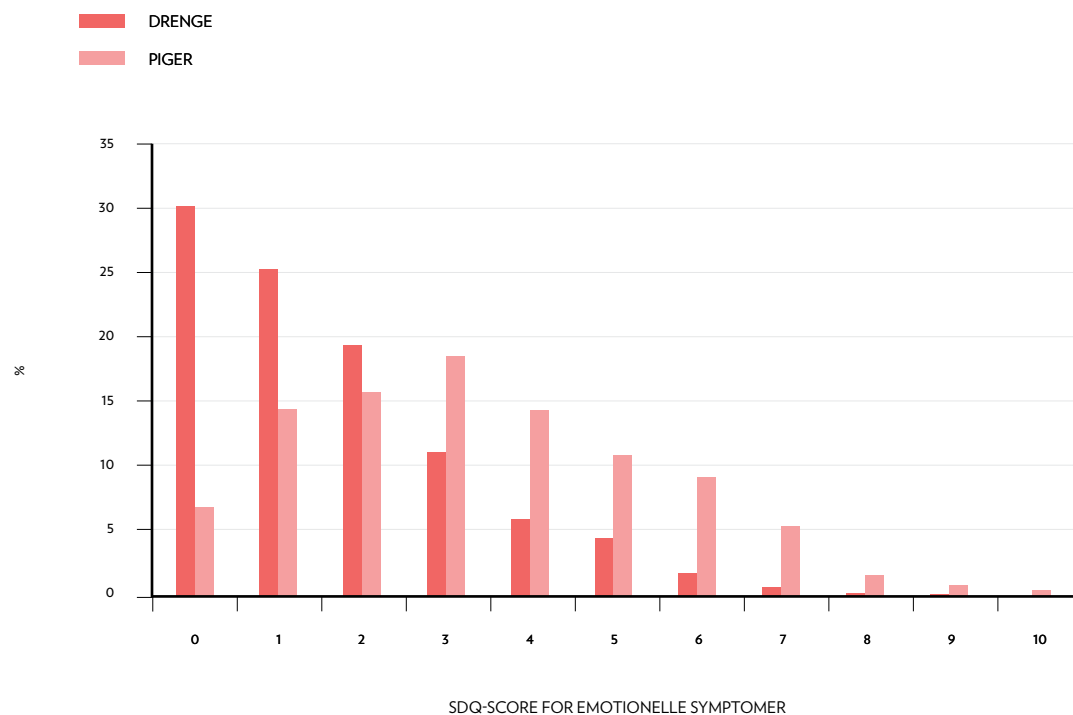
SYMPTOMER PÅ ANGST	SYMPTOMER PÅ DEPRESSION	SYMPTOMER PÅ OCD
<p>FYSISKE OG KROPSLIGE SYMPTOMER: HJERTEBANKEN, SVEDEN, RYSTEN, MUNDTØRHED, VEJRTRÆKNINGSBESVÆR, HOVEDPINE, MAVEPINE, KVALME OG NEDSAT APPETIT.</p> <p>PSYKISKE SYMPTOMER: SVIMMELHED, UVIRKELIGHEDSFØLELSE OG DØDSANGST.</p> <p>USPECIFIKKE SYMPTOMER: IRRITABILITET, SØVNBESVÆR OG KONCENTRATIONSBEVÆR.</p>	<p>KERNESYMPTOMER: NEDTRYKHED, NEDSAT LYST OG INTERESSE, NEDSAT ENERGI ELLER ØGET TRÆTHED.</p> <p>LEDSAGESYMPTOMER: NEDSAT SELVTILLID ELLER SKYLDFØLELSE, SELVBEBREJDELSER, TANKER OM DØD ELLER SELVMORD, TÆNKE- ELLER KONCENTRATIONSBEVÆR, MOTORISK URO ELLER ANSPÆNDTHED, SØVNFORSTYRELSER.</p>	<p>TVANGSTANKER: UØNSKEDE IDEER ELLER TANKEBILDER DER ERKENDES SOM OVERDREVNE ELLER URIMELIGE, SOM ER TILBAGEVENDENDE OG GENERENDE OG UHYRE SVÆRE AT MODARBEJDE. SOCIAL ISOLATION.</p> <p>TVANGSHANDLINGER: GENTAGNE OG TILBAGEVENDENDE HANDLINGER ELLER RITUALER FOR AT DULME TVANGSTANKERNE.</p> <p>HANDLINGERNE ER MEGET TIDSKRÆVENDE OG UDFØRES OFTE MED DET FORMÅL AT UNDGÅ, AT NOGET FRYGTELG SKAL SKE.</p>

angår diagnose og symptomer (Reinholdt-Dunne et al. 2011, Rapee 2012, Wesselhoeft 2013). Det afspejler sig også, når danske elever i de ældste klasser svarer på, i hvor høj grad de oplever nogle af de symptomer, der indgår i disse diagnoser (se figur 5.6). Figur 5.6 viser fordelingen af svar vedrørende emotionelle symptomer hos danske skoleelever i de ældste klasser (www.skolesundhed.dk). Følgende spørgsmål er besvaret med "passer ikke", "passer delvist" eller "passer godt": Jeg har tit hovedpine, ondt i maven eller kvalme. Jeg er tit bekymret. Jeg er tit ked af det, trist eller lige ved at græde. Jeg bliver utryg i nye situationer. Jeg bliver let usikker på mig selv. Jeg er bange for mange ting. Jeg er nem at forskrække. De tre svarmuligheder er tildelt en talværdi på hhv. 0, 1 og 2, hvorefter en samlet score er udregnet. Jo højere score, jo mere genkender eleven disse træk hos sig selv. Figur 5.6 viser, at pigerne scorer højere end drengene som et udtryk for, at de har rapporteret flere emotionelle symptomer end drengene.

Man ved, at emotionelle lidelser løber i bestemte familier, hvilket taler for en genetisk komponent. Danske og internationale undersøgelser viser desuden, at børn og unge af forældre fra lavere socioøkonomiske grupper har øget forekomst af emotionelle symptomer (Elberling et al. 2010, Huisman et al. 2010, Sundhedsstyrelsen 2012). Det kan dog diskuteres, hvorvidt forældrenes socioøkonomiske status blandt andet er et resultat af forældrenes egen emotionelle trivsel og derved ad anden vej forbundet med barnets psykiske problemer, idet studier har vist, at børn af forældre med kronisk angst eller depressive lidelser har en optil firedobbelt risiko for udvikling af emotionelle lidelser sammenlignet med børn af forældre uden psykopatologi (Micco et al. 2009, Lewis et al. 2011, Rapee 2012). Og da disse lidelser er forbundet med evnen til at lykkes arbejdsmæssigt og socialt, påvirker det forældrenes egen socioøkonomiske status.

→ FIGUR 5.6

Fordeling af svar fra 12.646 danske skoleelever i de ældste klasser på fem nøglespørgsmål om emotionelle symptomer (www.skolesundhed.dk).



Den rapporterede hyppighed af OCD varierer noget fra undersøgelse til undersøgelse. Livstidsprevalencen ligger i de fleste undersøgelser på 2-3 % (Horwath og Weissman 2000), dvs. at 2-3 % af befolkningen vil få en OCD-diagnose i løbet af livet. Forekomsten hos børn og unge varierer i de fleste studier mellem 0,5-3,3 % (Zohar et al. 1992, Flament et al. 1998). En dansk undersøgelse viser en hyppig forekomst af såvel svære som lette tvangstanker på op til 4 % hos børn og unge (Thomsen 1995).

Følge vanskeligheder og konsekvenser

Det er veldokumenteret, at symptomer på emotionelle lidelser ofte optræder forbigående og

aftager spontant, men med øget risiko for mentale helbredsproblemer senere i livet.

Noget tyder på, at prognosen for en emotionel lidelse kan være afhængig af, hvornår den debuterer. Symptomer på depression opstår i puberteten har, sammenlignet med symptomer opstået i barndommen, vist dårligst prognose med øget risiko for depressioner i voksenlivet (Goodman og Scott 2012). Der ses ligeledes en tendens til, at symptom billedet ved emotionelle lidelser ændrer karakter med alderen, idet der er fundet sammenhæng mellem angstlidelser med tidlig debut og svære depressive lidelser senere i livet (Rutter et al. 2008, Lewis et al. 2012).

Ofte holder børn og unge med OCD tilstanden skjult for omverdenen, og det er karakteristisk, at kun forældrene er vidende om deres barns tilstand. OCD vil således ofte kunne overses af venner og lærere. Undgåelse af situationer, hvor tvangstanker og ritualer bliver for omfattende, medfører ofte social isolation og udtalt påvirket funktionsniveau samt nedsat livskvalitet. Dette er bl.a. påvist i en undersøgelse blandt den danske OCD-forenings medlemmer. Der findes effektiv behandling af OCD, først og fremmest i form af kognitiv adfærdsterapi, hvor man udsætter barnet eller den unge for situationerne og langsomt lærer dem at tackle dem (ganske som ved angsttilstande). I svære tilfælde suppleres evt. med antidepressiv medicin. Et stort nyt nordisk behandlingsstudie har vist god effekt af kognitiv adfærdsterapi på danske børn og unge med OCD (Valderhaug et al. 2007, Thomsen et al. 2013, Torp et al. 2014). Ubehandlet derimod, har OCD ofte en dårlig prognose. En dansk undersøgelse viser et dårligt forløb for op mod halvdelen af patienterne (Thomsen 1994, Skoog og Skoog 1999, Stewart et al. 2004). 30-50 % af voksne patienter med OCD beskriver, at sygdommen debuterede i barndommen eller ungdomsårene. Der ses ofte overlap til andre tilstande så som angst, depression og spiseforstyrrelser.

De fleste børn med emotionelle problemer i barndommen og ungdommen vil ikke udvikle angst eller depression i voksenalderen. Det skyldes som nævnt tidligere, at disse symptomer er relativt almindelige og i de fleste tilfælde forbigående. Ser man imidlertid på voksne med depression eller angst, vil de fleste også have haft lignende symptomer i barndommen. Børn og unge, som får stillet diagnosen depression, synes dog at være i størst risiko for tilbagefald i voksenalderen, og risikoen for stofmisbrug, selvmord og andre psykiske lidelser er større end i baggrundsbefolkningen (Beesdo et al. 2009, Goodman og Scott 2012, Vidair et al. 2012).

5.4 ADFÆRDSFORSTYRRELSER

Dette afsnit beskriver forekomst, fordeling og udvikling i adfærdsforstyrrelser, samt følgevanskeligheder og konsekvenser heraf. Ved adfærdsforstyrrelse forstås forskellige former for udadreagerende og grænseoverskridende adfærd, der ofte hænger sammen med manglende evne til at mestre sociale udfordringer på en passende måde.

Sammenfatning

Begrebet adfærdsforstyrrelser dækker et ret bredt spektrum af asocial adfærd. I befolkningsundersøgelser spørges som regel kun til enkelte former for problematisk adfærd, og den rapporterede hyppighed afhænger desuden af, om det er forældre, lærere eller ældre børn selv der svarer. Herudover er det sjældent belyst, i hvor høj grad den problematiske adfærd er forbundet med funktionsnedsættelse. Det er derfor ikke muligt ud fra sådanne undersøgelser at afgøre, hvor mange der efter egentlig udredning ville opfylde de diagnostiske kriterier for en adfærdsforstyrrelse. Også indbyrdes sammenligning af undersøgelser kan være vanskelig pga. uensartet metodik. Disse forhold afspejler sig i den forholdsvis store variation, der er imellem forskellige estimater af hyppighed. Her angives tal mellem 1-5 % hos piger og mellem 4-16 % hos drenge, når der er tale om mere alvorlige former for adfærdsforstyrrelse. Dette ligger i forlængelse af, at der generelt angives væsentlig højere hyppigheder af problematisk adfærd hos drenge end hos piger. Her kan det dog spille ind, at drenges asociale adfærd generelt er mere synlig for voksne end pigers. Der er ikke danske tal, som dokumenterer udviklingen i forekomsten over tid, men internationale undersøgelser peger på en nogenlunde konstant forekomst af adfærdsforstyrrelser igennem de seneste par årtier. Adfærdsforstyrrelser forekommer oftere i de laveste socioøkonomiske grupper og er fundet at være forbundet

med en lang række sociale risikofaktorer (f.eks. dårlig skolegang og bolig i kriminalitetsprægede områder). Generelt gælder det, at især svære og vedvarende adfærdsproblemer har dårlig prognose og synes at hænge sammen med grundlæggende udviklingsmæssige vanskeligheder.

Indledning

Ved forsøg på kortlægning af forekomsten af psykiske lidelser blandt børn og unge skelnes som regel ikke imellem lettere adfærdsproblemer og mere alvorlige adfærdsforstyrrelser, hvor der f.eks. kan være tale om hærværk eller fysiske overgreb. Man søger dog at indkredse de tilfælde, hvor der er tale om et mønster af tilbagevendende handlinger, der er uforenelige med gældende normer og som enten direkte eller indirekte går ud over andre. For at opfylde kravene til en diagnose skal der desuden være formodning om en sammenhæng imellem den nævnte adfærd og manglende trivsel. Hvordan denne manglende trivsel viser sig, kan være forskelligt. Men der vil i reglen være tale om belastede relationer til i hvert fald nogle af de centrale personer i barnets eller den unges liv.

I mere dybtgående undersøgelser bruges en opdeling af forskellige typer af adfærd svarende til den, der findes i begge de store diagnosesystemer, DSM-5 og ICD-10. Her taler man om "oppositionelle" adfærdstræk, når der alene er tale om ulydighed og fjendtlighed, mens grovere regelbrud og overgreb mod andre samles i de diagnoser, der beskriver de alvorligere adfærdsforstyrrelser.

Forekomst, fordeling og udvikling over tid

Når det gælder adfærdsforstyrrelser, kræver det ret omfattende studier med indhentning af oplysninger fra flere informanter at komme frem til tal for hyppighed. Som tidligere nævnt er sådanne undersøgelser ikke foretaget i Danmark i forhold til børn og unge.

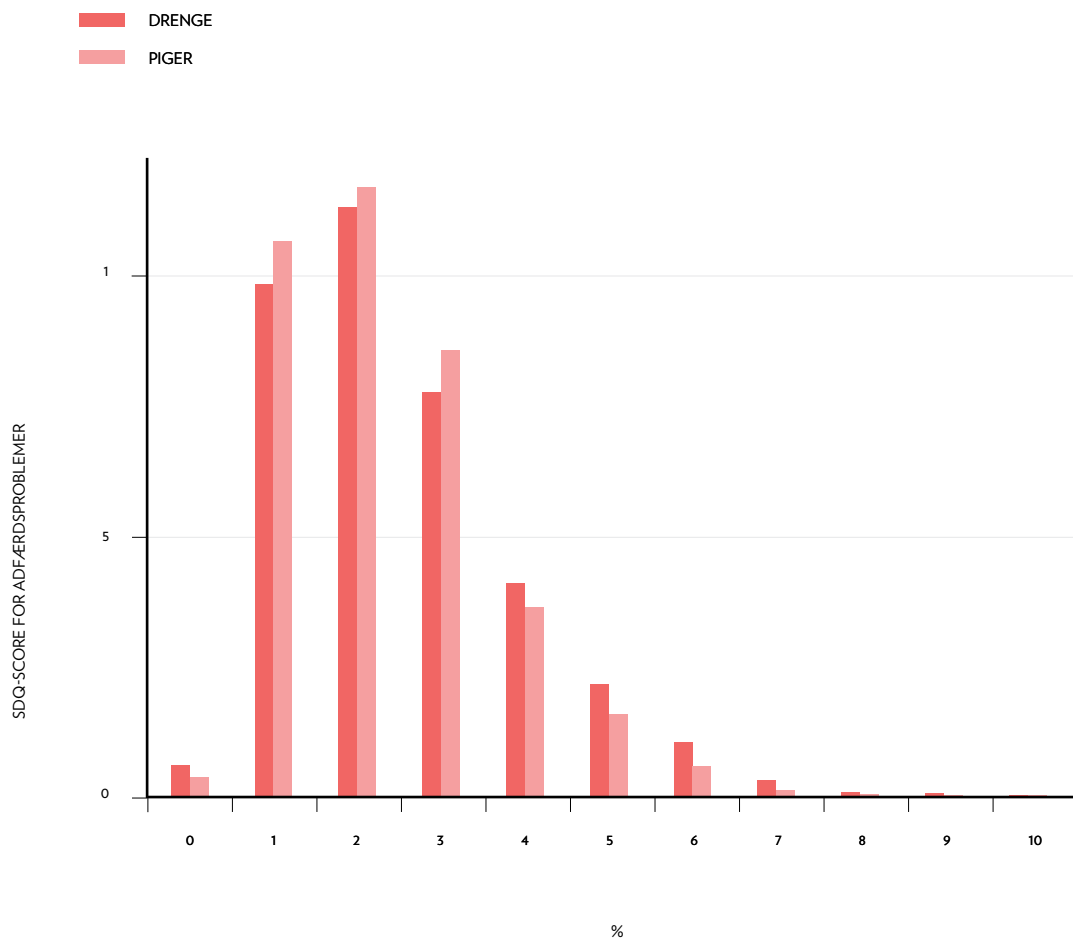
Undersøgelser i andre vestlige samfund har resulteret i estimerede hyppigheder for egentlige adfærdsforstyrrelser på 1-5 % for piger og 4-14 % for drenge, når fokus er på aldersintervallet 10-24 år (Olsson 2009). Ser man alene på de mindre alvorlige oppositionelle adfærdstræk, optræder de oftest før 10 års alderen. Herefter forekommer de i internationale undersøgelser med hyppigheder på 3-13 % for piger og 2-10 % for drenge (Canino 2010). Den betragtelige variation i tallene skyldes formentligt overvejende, at der er anvendt forskellig undersøgelsesmetodik.

Som nævnt ser man i forbindelse med befolkningsundersøgelser oftest på adfærdsforstyrrelser som en samlet kategori, uden at skelne imellem forskellige sværhedsgrader eller andre karakteristika. Anvendes forældre som informanter, findes hyppigheden typisk at være 2-3 gange så stor hos drenge som hos piger (Goodman og Scott 2012, National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2013). Det er dog værd at notere sig, at der ikke er nogen markant forskel på drenge og pigers egne svar, når danske elever i de ældste klasser spørges om, hvor godt en række udsagn om problematisk adfærd passer på dem (se figur 5.7) (www.skolesundhed.dk).

I figur 5.7 er følgende spørgsmål er besvaret med "passer ikke", "passer delvist" eller "passer godt": Jeg kan blive meget vred og bliver tit hidsig. Jeg gør som regel det jeg får besked på. Jeg starter tit slagsmål. Jeg kan få andre til at gøre det jeg siger de skal. Jeg bliver tit beskyldt for at lyve eller snyde. Jeg tager ting, som ikke er mine (derhjemme, i skolen eller andre steder). De tre svarmuligheder tildeles en talværdi på hhv. 0, 1 og 2, hvor det højeste tal svarer til den mest problematiske adfærd. Herefter udregnes en samlet score (Goodman 1997). Dette kunne tyde på, at asocial adfærd i virkeligheden ikke fordeler sig helt så skævt imellem kønnene, som det umiddelbart fremtræder fra et voksenperspektiv.

→ FIGUR 5.7

Fordeling af svar fra 12.646 danske drenge og piger i de ældste klasser på fem nøglespørgsmål om problematisk adfærd. Jo højere score, jo mere genkender eleven disse træk fra sig selv (www.skolesundhed.dk).



Dette understreger værdien af at have flere informanter, når adfærd skal beskrives.

Som nævnt ovenfor, er de fremkomne hyppigheder meget afhængige af hvilken undersøgelsesmetodik, der er anvendt. Skal man derfor kunne vurdere udviklingen over tid, er det afgørende, at der har været anvendt ensartede metoder til indsamling og vurdering af oplysninger på forskellige tidspunkter

og i forhold til sammenlignelige befolkningsgrupper. Når disse krav er opfyldt, har der i internationale undersøgelser været tale om en nogenlunde konstant forekomst af adfærdsforstyrrelser igennem de seneste par årtier (Sourander et al. 2004, Maughan et al. 2008, Sourander et al. 2008, Eimecke et al. 2011). Der er ikke danske tal, som dokumenterer udviklingen i forekomsten over tid.

Adfærdsforstyrrelser optræder med betydelig overhyppighed i lavindkomst-familier og er statistisk forbundet med en lang række sociale risikofaktorer som f.eks. dårlig skolegang og bolig i kriminalitetsprægede områder (Murray og Farrington 2010).

Følgevanskeligheder og konsekvenser

Tilbagevendende asocial adfærd er et af de alvorligste varsler om dårligt mentalt helbred senere i livet. Det gælder især for piger, og hvis vanskelighederne hos drenge optræder før puberteten. Her skal det erindres, at disse problemer særdeles ofte optræder hos børn og unge med kognitive vanskeligheder eller svagt udviklet impuls kontrol, uden at alle kriterierne for en udviklingsforstyrrelse nødvendigvis er opfyldte. Den hyppige senere optræden af bl.a. depressive symptomer skal ses i lyset af, at vedvarende adfærdsproblemer ofte optræder sideløbende med en tiltagende social isolation fra almindeligt fungerende jævnaldrende (Copeland 2013, Frick og Viding 2009, Frick og Nigg 2012).

Med den viden og de undersøgelsesmetoder vi har til rådighed, er det vanskeligt at afgøre, i hvilket omfang det er adfærdsforstyrrelserne, der medfører social isolation, eller om det omvendt er magtesløshed i forhold til de sociale forventninger, der udløser utilpasset og grænseoverskridende adfærd. Når mønstret først er etableret, er det nærliggende at tænke, at der er tale om en ond cirkel. Det væsentligste er måske at se især de tidligt indsættende og omfattende adfærdsforstyrrelser først og fremmest som tegn på et meget alvorligt misforhold imellem krav og ressourcer, der kalder på en målrettet udredning og indsats.

5.5 SPISEFORSTYRRELSER

Dette afsnit beskriver spiseforstyrrelserne anoreksi, bulimi og overspisning. Indledningsvist beskrives hvilke symptomer, der hyppigst optræder ved

forekomst af spiseforstyrrelser, hvorefter det vil blive gennemgået, hvad vi ved om forekomst og udvikling i sygdommen over tid, ligesom prognose og konsekvenser beskrives.

Sammenfatning

Det bedste bud på forekomst af tilstandene er, at 0,5 % af teenagepiger og unge kvinder har anoreksi, 2 % af unge kvinder har bulimi og 3 % overspisning. Forekomsten af anoreksi og bulimi hos drenge og mænd er væsentligt lavere end hos piger og kvinder, formentlig i forholdet 1:10. Et nyt svensk studie finder, at børn af forældre med længere uddannelse har en højere sandsynlighed for diagnosen. Danske undersøgelser peger på, at forekomsten af bulimi og anoreksi er steget gennem 90'erne og starten af 2000-tallet. Der foreligger så vidt vides ikke undersøgelser, der dokumenterer de seneste 10 års udvikling i de enkelte spiseforstyrrelser. Ser man samlet på diagnosen spiseforstyrrelser, har der i perioden 2001-2011 været en klar øgning i antallet af børn og unge, der er behandlet enten ambulante eller ved indlæggelse. Det er usikkert om øgningen afspejler, at flere får sygdommen, eller at flere er alvorligere ramt, og/eller at flere bliver behandlet i sundhedssektoren end tidligere. Hvordan spiseforstyrrelser opstår vides ikke med sikkerhed, og det komplekse samspil mellem biologiske, psykologiske og sociokulturelle forhold er kun afdækket i begrænset omfang. Den kliniske praksis i dag er at sikre en tidlig indsats, da dette menes at være af afgørende betydning for forstyrrelsens prognose og sværhedsgrad.

Indledning

Spiseforstyrrelser er en fællesbetegnelse for en række tilstande karakteriseret ved forstyrret spisning og kropsopfattelse. De omfatter anoreksi, bulimi og overspisning. Anoreksi er den spiseforstyrrelse, som først blev beskrevet (i sidste halvdel af 1800-tallet), og som i dag hyppigst medfører

kontakt med sundhedsvæsenet. Bulimi blev beskrevet som selvstændig diagnose i 1979. Bulimi og overspisning er hyppigere forekommende i befolkningen end anoreksi, men fører sjældnere til kontakt med praktiserende læger og det øvrige sundhedsvæsen (Lægehåndbogen 2011a, Lægehåndbogen 2011b). Spiseforstyrrelserne kan karakteriseres som beskrevet i tabel 5.3.

Forekomst, udvikling og fordeling over tid

Tilstandene kommer til udtryk i forskellig alder, men debuterer alle i ungdomsårene. Anoreksien diagnosticeres hyppigst hos 12-19-årige, mens bulimien diagnosticeres lidt senere typisk i 15-20 års alderen. Bulimi er karakteriseret ved at have stået på i mange år, før den opdages. Overspisningen uden vægtregulerende adfærd er som regel ledsaget af overvægt/fedme og ses ligesom bulimien oftest hos unge voksne, men kan forekomme i barnealderen. I følge Sundhedsstyrelsens rapport fra 2005 er der blandt danske kvinder i alderen 15-45 år ca. 3.500, der lider af anoreksi (0,5 %), 21.000 af

bulimi (2 %) og 31.500 (3 %) som overspiser, mens Landsforeningen mod spiseforstyrrelser ifølge deres hjemmeside vurderer, at hyppigheden er ca. 50 % højere (LMS 2014). Et nyt svensk studium, som har fulgt 2 millioner børn over en periode på ca. 20 år fandt, at 0,1 % af drengene og 1,6 % af pigerne havde en spiseforstyrrelsesdiagnose i landets diagnoseregister (Goodman 2014).

Der har i perioden 2001 til 2011 været en klar øgning i antallet af børn og unge, der er behandlet enten ambulært eller ved indlæggelse med diagnosen spiseforstyrrelse (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013). I år 2005 var der 600 tilfælde af børn og unge med spiseforstyrrelser, mens samme tal i 2011 var knap 1.000 tilfælde (se figur 5.8). Denne øgning kan afspejle, at flere får sygdommen, eller at flere er alvorligere ramt, og/eller at flere bliver behandlet i sundhedssektoren end tidligere. Når man kigger særskilt på de enkelte spiseforstyrrelser, er der ikke undersøgelser, der dækker udviklingen inden for de seneste 10

→ TABEL 5.3

Sygdomsbillederne af de forskellige spiseforstyrrelser (Sundhedsstyrelsen 2005).

ANOREKSI	BULIMI	OVERSPISNING
<ul style="list-style-type: none"> › Vægttab (mindst 15 % af normalvægt). › Fed mad undgås, selv-fremkaldt opkastning, misbrug af laksantia, anvendelse af appetithæmmende stoffer og/eller diuretika, umådeholden træning, forvrænget kropsbilled, forsinket pubertetsudvikling, evt. ophør af menstruation. 	<ul style="list-style-type: none"> › Gentagne episoder med spiseanfald, hvor den syge spiser meget mere end almindeligt. › Overdreven spisestrang og følelse af tab af kontrol over spisningen. › Tilbagevendende forsøg på ikke at stige i vægt i form af slankekur, opkastninger, faste eller fysisk træning eller brug af afføringsmidler og/eller vanddrivende piller. › Forstyrret kropsoptagelse. 	<ul style="list-style-type: none"> › Gentagne episoder af overspisning uden de for bulimi karakteristiske opkastninger eller anden vægtregulerende adfærd. › Gentagne episoder med overspisning, som er karakteriseret af at mad indtages i store mængder, som helt klart er større, end det de fleste ville spise i en tilsvarende tidsperiode. › En følelse af kontroltab i forhold til, hvor meget mad der spises.

→ FIGUR 5.8

Udviklingen i behandlede børn og unge med spiseforstyrrelser i årene 2001-2011, ved danske psykiatriske afdelinger (Regeringens udvalg om psykiatri 2013).



år. Ifølge Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen 2005) er forekomsten af bulimi steget gennem 90'erne og starten af 2000-tallet (Sundhedsstyrelsen 2005). Nogle undersøgelser antyder ligeledes, at der kan være en øget forekomst af anoreksi blandt unge kvinder gennem 90'erne og starten af 2000-tallet (Waadegaard 2002), men der kan ikke konkluderes noget sikkert.

Følggevanskeligheder og konsekvenser

Meget tyder på, at de omtalte typer af spiseforstyrrelser har en god prognose, idet op til 70 % bliver helt raske (Sundhedsstyrelsen 2005, Lægehåndbogen 2011a,b). Årene med sygdommen er imidlertid byrdefuld, og for de 30 %, som ikke opnår helbre-

delse, er der tale om en svært belastende sygdom, som kan have fatale konsekvenser. Der er i denne gruppe en høj forekomst af tilstødende psykisk sygdom. Som det fremgår af sygdomsbillederne, som beskrevet i tabel 5.3 for anoreksi, bulimi og overspisning, er en del af symptomerne samstemmende med symptomer, der ses ved andre psykiatriske sygdomme som depression, skizofreni, OCD og personlighedsforstyrrelser. I udenlandske studier er vist, at blandt patienter med anoreksi vil 50-75 % opleve depression eller dystomi (langvarig forstemthed) i et livsforløb, mens 4-6 % vil udvikle bipolar affektiv lidelse. Hos patienter med overspisning vil 35-50 % også have en depression og 10-20 % en angsttilstand (Sundhedsstyrelsen 2005). En dansk

undersøgelse fra 2002 viser, at hver tredje med spiseforstyrrelse opfylder kriterierne for en eller flere personlighedsforstyrrelser, hyppigst hos patienter med overspisning (50 %) (Godt 2002). Hos både børn og unge med spiseforstyrrelser ses en høj samtidig forekomst af OCD, depressive symptomer og angst (Kernberg 2002). Den samlede byrde for de unge, som er ramt af en spiseforstyrrelse, er således høj, og prognosen for sygdommen afhænger af, om der er andre tilstødende psykiatriske problemstillinger. Prognosen afhænger med andre ord af, at indsatsen er samlet og ikke kun vedrører selve spiseforstyrrelsen.

De kortsigtede komplikationer til spiseforstyrrelser varierer i forhold til typen af forstyrrelsen. Ved svær anoreksi fremkommer en mængde symptomer som udtryk for underernæring, herunder påvirkning af stofskiftet, hormonniveauer, kredsløbet og slimhinder. Derudover er der udtalte kognitive problemer som f.eks. træthed, koncentrationsbesvær og evne til at fungere i selskab med andre mennesker. Ved bulimi kan ses emaljeskader på tænder, smerter i mellemgulvet som udtryk for slimhindeskader i spiserøret og mavesækken (evt. brok i maveporten), men det er ofte psykiske symptomer på angst, depression og personlighedsforstyrrelse, som giver de sociale adfærdsproblematikker. Tilsvarende psykiske problemstillinger ses hos personer med overspisning, som derimod oftest ikke har somatiske symptomer (Lægehåndbogen 2011a,b).

De langsigtede komplikationer til spiseforstyrrelser er hyppigst hos anorektikere, og her er det især en skadelig påvirkning af en række organer som knogle-, hjertemuskel-, nyre- og hjernevævet samt generel væksthæmning, der skaber problemer på længere sigt. Derudover ses barnløshed og øget hyppighed af aborter, for tidligt fødte børn og lav fødselsvægt hos de børn, der fødes af kvinder med anoreksi (Lægehåndbogen 2011a,b).

5.6 PSYKOSER

Dette afsnit indeholder en kort gennemgang af hvilke symptomer, der hyppigst optræder ved psykose, samt en gennemgang af hvad vi ved om forekomst, fordeling, udvikling i sygdommen over tid, og socialt mønster i forekomsten, ligesom dens prognose og konsekvens vil blive berørt.

Sammenfatning

Psykose hos unge mennesker er en alvorlig tilstand, som har store konsekvenser for den unge og omgivelserne. Der var i 2012 i alt 1.271 unge i alderen 10-24 år, svarende til 0,1 % af befolkningen i aldersgruppen, som blev indlagt eller kom i kontakt med psykiatriske ambulante enheder pga. udvikling af psykose. Det svarer til at tallet er blevet fordoblet det sidste årti, muligvis blandt andet fordi behandlingsmulighederne er blevet bedre, og behandlingskapaciteten er udvidet betydeligt. Der er ca. 40 % flere unge drenge og mænd, som udvikler psykose, sammenlignet med piger. Der er undersøgelser, der tyder på, at der er flere fra høje og lave socioøkonomiske grupper, som kommer i behandling for psykose, men det er usikkert om dette skyldes sande forskelle i forekomst i forskellige socioøkonomiske grupper, eller om det skyldes, at forældre med lang uddannelse har bedre gennemslagskraft i sundhedsvæsenet. Mulighederne for at forebygge udvikling af psykose har hidtil været begrænset til at nedsætte brug af cannabis og amfetamin, der kan forårsage psykotiske tilstande, men der er håb om, at forskning i fremtiden kan udpege andre specifikke forebyggelsesmuligheder. Der forskes intensivt i muligheder for at gribe ind i forstadier til psykose, og der er en del lovende resultater. Der findes en række effektive behandlingsmuligheder for psykose, herunder medicinsk og psykosocial intervention. Den tidlige indsats og opmærksomhed på komplicerede misbrug er afgørende i forhold til forebyggelse af, at sygdomsforløbet bliver kronisk.

Indledning

Psykose kan optræde ved en lang række tilstande, men i dette afsnit skal udelukkende omtales skizofreni og skizofrenilignende psykoser.

Vrangforestillinger = usandsynlige og ukonventionelle forestillinger, som ikke deles af andre. Der kan for eksempel være tale om forestillinger om forfølgelse, forestillinger om at have særlige, usædvanlige evner eller at være en berømt person, forestillinger om skyld, om sygdom, om kropslige ændringer, om at kunne læse tanker, om at være genstand for beundring eller forelskelse.

En psykose er en mental tilstand, hvor den syge enten har sanseoplevelser, som andre ikke har (hallucinationer) eller på afgørende måde fortolker omverdenen anderledes end andre (vrangforestillinger). Begge dele kan være til stede samtidigt. Det er forskelligt, hvor meget psykosen påvirker den enkelte. I nogle tilfælde præger psykosen alle aspekter af den syges opførsel og tænkning, i andre tilfælde er psykosens indflydelse mere begrænset, og den syge kan måske godt gennemføre aktiviteter som at gå på arbejde, følge et uddannelsesforløb eller købe ind og lave mad trods psykosen. Adfærdsforstyrrelser kan også være til stede ved psykose og omfatte uforudsigelig, aggressiv og bizar adfærd. Adfærdsforstyrrelser er dog relativt sjældne og kan ved velbehandlet psykose i de fleste tilfælde undgås. De såkaldte negative symptomer er ofte de mest invaliderende og stigmatiserende symptomer, bl.a. fordi de fejlagtigt bliver tolket som udtryk for slaphed, uopdragenhed eller dovenskab. De negative

symptomer omfatter nedsat energi, nedsat initiativ, manglende engagement, affladning af følelseslivet, social tilbagetrækning, kontaktfattigdom og indsynken i sig selv. De negative symptomer er svære at behandle og er ofte forbundet med en dårlig prognose. Kognitive funktioner (dvs. opmærksomhed, hukommelse, indlæringsevne og evne til at planlægge og problemløse) er nedsatte hos de fleste patienter med psykoser i skizofrenispektret. I mange tilfælde har de kognitive forstyrrelser været til stede længe før sygdommens øvrige symptomer viser sig. Dette har afgørende indflydelse på den unges evne til at klare sit daglige liv.

Skizofreni = skizofreni er oftest kendetegnet ved periodiske eller længerevarende hallucinationer (oftest hørelshallucinationer) eller vrangforestillinger (oftest forfølgelsesforestillinger) samt forekomst af såkaldte negative symptomer, hvor social tilbagetrækning, nedsat aktivitet og engagement er de mest dominerende.

Tankeforstyrrelser = kommer til udtryk i patientens sproglige formuleringer og afspejler forstyrrelser i tænkningens form. I de mildeste former er tankeforstyrrelser meget diskrete, og det kan være svært sikkert at afgøre, om de er til stede. Det kan dreje sig om tendens til at fortabe sig i detaljer, eller lade tankerne køre ud ad et sidespor eller om en diskret anderledes brug af almindelige ord. Tankeforstyrrelser kan også vise sig ved vaghed i det sagte, omstændelighed og springende associationer. I svære tilfælde kan grammatikken være brudt op og sproget kan være fuldt af nydannede ord og utraditionel anvendelse af kendte ord.

Forekomst, fordeling og udvikling over tid

Der var i 2012 i alt 1.271 unge i alderen 10-24 år, svarende til 0,1 % i aldersgruppen, som kom i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem i sekundærsektoren som ambulant eller indlagt patient med en psykotisk tilstand i skizofrenispektret (Thomas Munk Laursen, Det Psykiatriske Centralregister, upublicerede beregninger). Heraf har halvdelen fået en skizofrenidiagnose, og den anden halvdel er blevet diagnosticeret med andre, mildere, tilstande i skizofrenispektret. Hertil kommer en del, som alene er i kontakt med deres praktiserende læge (Laursen et al. 2005). Psykotiske lidelser kan optræde fra ca. 10 års alderen og fremover, og der er flest, der kommer i kontakt med hospitalsvæsenet for første gang i de sene teenageår og i begyndelsen af tyverne (Mortensen et al. 1999). Livstidsrisikoen for skizofreni er ca. 1 %.

Skizofreni optræder med ca. 40 % større hyppighed hos mænd sammenlignet med kvinder,

og forløbet er mere alvorligt for mænd (Thorup et al. 2007). Antallet af børn og unge i alderen 10-24 år, som kommer i kontakt med de psykiatriske sengeafdelinger og de ambulante tilbud i psykiatrien pga. skizofreni og andre psykotiske tilstande i skizofrenispektret, er mere end fordoblet i perioden 2002 til 2012 (fra 674 i 2002 til 1271 i 2012) (Thomas Munk Laursen, Det Psykiatriske Centralregister, upublicerede beregninger). Der findes undersøgelser, der tyder på, at skizofreni oftere diagnosticeres i høje og lave socioøkonomiske grupper. Det er sandsynligt, at der er større forekomst af skizofreni hos børn af forældre i lave socioøkonomiske grupper, og at den tilsyneladende øgede forekomst hos børn af forældre i en høj socioøkonomisk gruppe skyldes, at det er lettere for ressourcestærke forældre at sikre deres børn behandling.

Følgvanskeligheder og konsekvenser

Forløbet af de forskellige sygdomme inden for det skizofrene spektrum varierer meget såvel mellem de enkelte sygdomsgrupper som internt i samme gruppe. Patienter med samme diagnose kan således have meget forskelligt sygdomsforløb (Albert et al. 2011).

Som gruppe har patienter med akutte og forbigående psykoser den bedste prognose. Det er ikke overraskende, da denne sygdomsgruppe netop er kendetegnet ved at være kortvarig og forbigående. Skizofreni er derimod gruppen med den dårligste prognose, men trods det, er langtidsforløbet for flertallet kendetegnet ved, at de kan klare sig i egen bolig uden eller kun med enkelte kortvarige hospitalsindlæggelser. Opfølgingsundersøgelser tyder på, at langtidsprognosen ved længerevarende psykoser i det skizofrene spektrum kan illustreres med følgende fordeling (Nordentoft et al. 2009, Albert et al. 2011, Morgan et al. 2014):

- › 20 % klarer sig selv i egen bolig, går på arbejde, har ikke symptomer og klarer sig uden hospital-sindlæggelser.
- › 35 % har ikke psykosesymptomer, men kan have problemer enten med negative symptomer, lavt socialt funktionsniveau eller er ude af stand til at klare et arbejde.
- › 30 % har psykosesymptomer, men klarer sig uden at være langvarigt indlagt eller på institution.
- › 15 % har vedvarende behov for enten hospital-sindlæggelser eller ophold på institution, hvor der er god personaledekning.

Nedenfor er vist hvilke forhold, der har vist sig at være forbundet med større risiko for at udvikle et kronisk sygdomsforløb (Albert et al. 2011):

- › Mænd har større risiko end kvinder.
- › Patienter med skizofreni har større risiko end patienter med andre psykoser.
- › Risikoen er større, jo værre de psykotiske og negative symptomer var fra start.
- › Risikoen er større, jo mindre det sociale netværk var fra start.
- › Risikoen er større blandt dem, der havde dårligt socialt funktionsniveau ved og før sygdomsdebut.
- › Lang varighed af ubehandlet psykose forværrer prognosen.
- › Misbrug forværrer forløbet.

Denne viden kan udnyttes til forebyggelse af, at sygdomsforløbet bliver kronisk. Dette kan ske gennem tidlig intervention, opmærksomhed på komplicerende misbrug og særligt fokus på, de der allerede fra første kontakt med psykiatrien har dårlige prognostiske faktorer.

Skizofreni og skizofrenilignende psykoser er blandt de mest belastende og invaliderende af de psykiske sygdomme. Skizofreniens symptomer og følger er ofte pinefulde for både den unge selv, familien og de øvrige omgivelser. Udvikling af skizofreni og skizofrenilignende psykose er ofte forbundet med forstyrret social og emotionel modning, og i nogle tilfælde kompliceres forløbet af misbrug af alkohol eller stoffer, depression, selvmordsadfærd og kriminalitet. For en mindre gruppe patienter har sygdommen et meget alvorligt forløb med kroniske invaliderende og behandlingskrævende symptomer og stort behov for hjælp fra professionelle (Albert et al. 2011). Sygdomsforløbet for denne mindre gruppe er imidlertid helt præget af offentlighedens opfattelse af sygdommen, som i mange år for lægmand har stået som arketyper på det uforståelige, det farlige og det uheldbrede. Det er kun et lille mindretal på 10 til 13 %, der langvarigt bliver afhængige af intensiv behandling og pleje, mens flertallet kan klare sig det meste af tiden uden for institution, og ca. en tredjedel er i stand til at opretholde arbejds- og studiemæssige aktiviteter.

Mulighederne for primær forebyggelse er fortsat begrænsede af vores ringe viden om årsagsforhold, men der er gode muligheder for at forbedre prognosen gennem tidlig og forstærket intervention.

5.7 SELVMORD OG SELVMORDSADFÆRD

Dette afsnit omhandler forekomst, fordeling og udvikling i selvmordsadfærd og selvmordstanke blandt børn og unge. Afsnittet præsenterer opdaterede danske tal fra dødsårsagsregisteret og landspatientregisteret samt fra nationale undersøgelser af børn i 9 klasse.

Sammenfatning

Selv mord er sjældent blandt børn og unge. I 2012 var der 8 piger/unge kvinder i alderen 10-24 år og 34 drenge/unge mænd i samme aldersgruppe, som døde ved selvmord. Der er tre gange så mange selvmord blandt drenge og unge mænd som blandt piger og unge kvinder, og forekomsten er stigende med stigende alder. Antallet af selvmord er faldet med ca. 70 % fra 1980 til 2010, og de seneste år har der i aldersgruppen 10-24 år været ca. 30 selvmord årligt.

Med selvmordsforsøg forholder det sig omvendt selvmord. Forekomsten af selvmordsforsøg er større blandt piger og unge kvinder end blandt drenge og unge mænd, og i løbet af de sidste årtier har forekomsten været stigende for begge køn, men mest udtalt blandt unge piger, hvor antallet af selvmordsforsøg er tredoblet. Årsagerne til selvmordsadfærd er mangfoldige og må opdeles i tilgrundliggende årsager og umiddelbart udløsende faktorer. Blandt de tilgrundliggende årsager til selvmordsadfærd er psykisk sygdom og mistrivsel de vigtigste. Blandt de umiddelbart udløsende faktorer er konflikter med de nærmeste ofte forekommende, og ønsket om at slippe væk fra en utålelig situation er det dominerende motiv. Frem for at betragte selvmordsadfærd som et råb om hjælp, skal det snarere ses som et skrig i desperation. Selvmord og selvmordsforsøg er mest udbredt i de dårligst stillede socioøkonomiske grupper.

Forebyggelsesmulighederne er dårligt videnskabeligt belyst, men behandling af psykisk sygdom og muligheder for at søge hjælp i belastede situationer må betragtes som indlysende muligheder.

Indledning

Selv mordsadfærd blandt unge er et alarmerende symptom, som kan optræde i forbindelse med belastende livsomstændigheder og som en komplikation til en række psykiatriske lidelser. I selvmordsadfærd indgår flere dimensioner. Ønsket om at dø er en dimension, der kan variere fra en fast beslutning om at dø til et ønske om at slippe væk fra en utålelig situation. Den fysiske skade ved selvmordsforsøg kan variere fra livstruende forgiftning eller læsioner til tilstande, der ikke er forbundet med fysisk fare. Også afbrudte selvmordsforsøg (f.eks. at gå op i en høj bygning, men fortryde planen om at springe ud, eller at planlægge selvmord foran tog, men fortryde når man er på banelegemet) medregnes til selvmordsadfærd. Der er dermed ikke en helt skarp skelnen mellem selvmordsplaner og selvmordsforsøg. I statistik fra hospitaler vil selvmordsforsøg, der har ført til fysisk skade, udgøre langt de fleste.

Selv mordsforsøg defineres af WHO som: "En handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis af medicin eller lignende eller udviser anden ikke vanemæssig adfærd, der vil være skadevoldende for personen, hvis andre ikke griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede fysiske konsekvenser" (Sundhedsstyrelsen 1998).

Dødsønske er ikke en obligatorisk del af WHO's definition; der kan også være tale om, at man for eksempel håber at blive bevidstløs og slippe væk fra det hele. Der er lagt vægt på, at handlingen skal være ikke vanemæssig, og det betyder, at

f.eks. regelmæssig svær beruselse ikke falder ind under definitionen. En international forskergruppe har stillet et alternativt forslag til klassifikation af selvmordsadfærd, hvor der tages højde for, at selvmordsintention og fysisk skade indgår som selvstændige dimensioner (Silverman 2007).

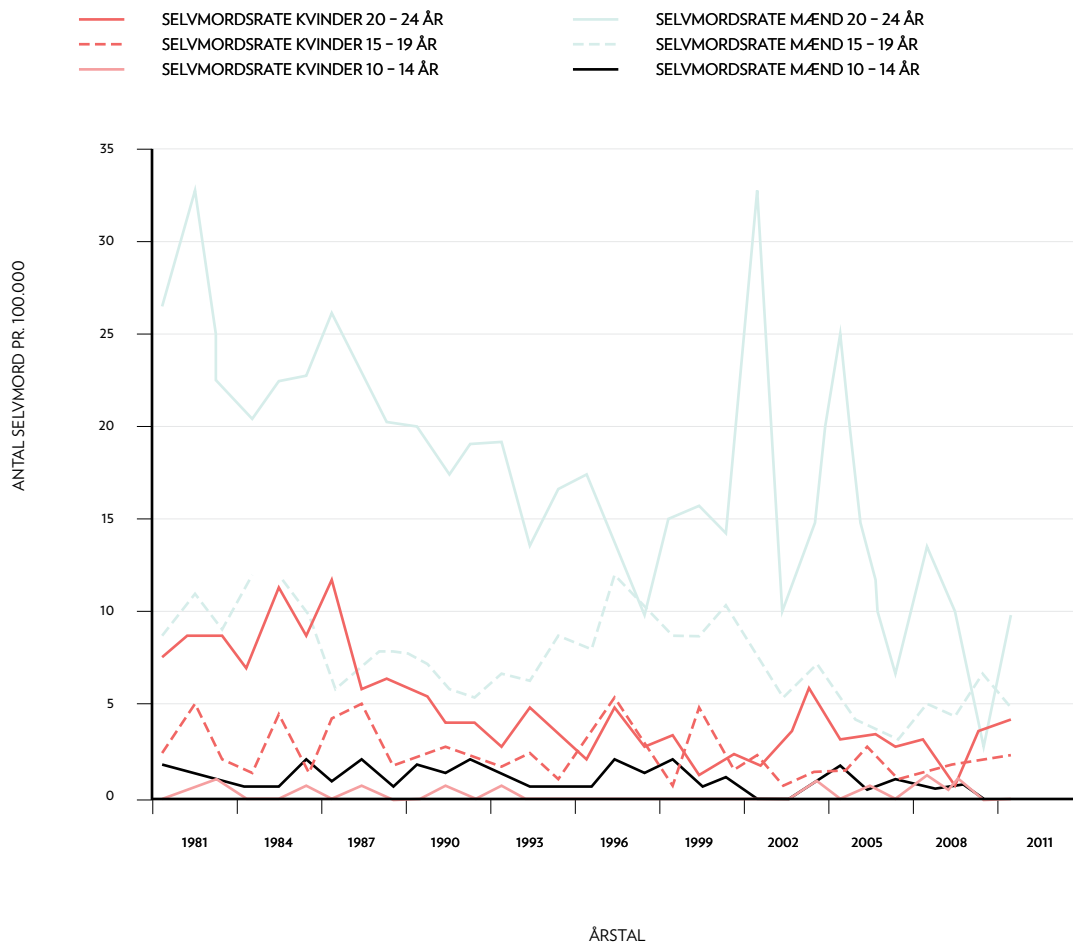
Forekomst, fordeling og udvikling over tid

Vores viden om udviklingen i forekomsten af selvmordsadfærd i Danmark stammer fra

dødsårsagsregisteret, landspatientregisteret og spørgeskemaundersøgelser. Fra dødsårsagsregisteret kan man få oplysninger om udviklingen i antallet af selvmord pr. 100.000 (selvmordsrater) i forskellige aldersgrupper. I 2012 var der 8 piger/unge kvinder i alderen 10-24 år og 34 drenge/unge mænd i samme aldersgruppe, som døde ved selvmord. Der er tre gange så mange selvmord blandt drenge og unge mænd som blandt piger og unge kvinder, og forekomsten er stigende med

→ FIGUR 5.9

Antal selvmord pr. 100.000 blandt danske unge fra 1981 til 2011 (www.statistikbanken.dk).



stigende alder. Antallet af selvmord er faldet med ca. 70 % fra 1980 til 2010, og de seneste år har der i aldersgruppen 10-24 år været ca. 30 selvmord årligt. Den tidsmæssige udvikling er vist i figur 5.9. Som det fremgår af figuren, har der både blandt drenge og unge mænd og blandt piger og unge kvinder været en faldende tendens i selvmordsforekomsten, mest udtalt blandt de 15-24-årige, hvor antallet af selvmord er mindsket til en tredjedel. De 10-14-årige har i hele perioden haft en meget lav forekomst af selvmord. Tallene i figur 5.9 stammer fra statistikbanken.dk, som er en platform stillet til rådighed af Danmarks Statistik. Statistikbanken indeholder i detaljeret form officiel statistik, som beskriver det danske samfund.

Antallet af selvmordsforsøg opgøres i Landspatientregisteret, men desværre er der en markant underrapportering, idet de officielle retningslinjer for indrapportering kun efterlevs i ca. 40 % af tilfældene (Nordentoft og Søgaard 2005). Der er derfor udviklet et sæt søgekriterier, baseret på de hyppigst anvendte metoder for selvmordsforsøg (f.eks. forgiftning med svage smertestillende midler eller beroligende medicin), der har vist sig at identificere selvmordsforsøg nogenlunde præcist. Det er disse søgekriterier, der er lagt til grund for den aktuelle opgørelse (Helweg-Larsen et al. 2006).

Som det fremgår af figur 5.10 og 5.11 er der sket en stigning i antallet af unge, der har været i kontakt med hospitalsvæsenet efter sandsynligt selvmordsforsøg. Der er en stigning for begge køn, men langt mest udtalt for kvinder. De grupper, der har haft den stærkeste stigning, er unge kvinder i alderen 15-19 år (fordobling), 20-24 år og 25-34 år (tre- til firdobling), men der er også en stigning blandt piger i alderen 10-14 år. I figur 5.10 og 5.11 kan samme person indgå flere gange, hvis vedkommende har været på hospital flere gange i løbet af samme år pga. selvmordsforsøg.

Der har været en stigning i både antallet af personer (mest udpræget blandt unge piger og kvinder), der kommer i kontakt med hospitalsvæsenet pga. forgiftning og pga. andre selvmordsmetoder (se figur 5.12), først og fremmest selvmordsforsøg med skærende og stikkende redskaber. Selvmordsforsøg med skærende og stikkende redskaber adskilles fra det fænomen, der kaldes selvskade (cutting), idet selvskade er en ofte vanemæssig adfærd, hvis primære formål er at lette en følelsesmæssig spænding (se afsnit 4.7). Der er dog betydeligt overlap mellem de to fænomener.

I figur 5.13 er vist udviklingen i forekomsten af selvmordsforsøg blandt kvinder, opdelt i kvinder der har forsøgt selvmord for første gang og i såkaldte gengangere. Som det ses af figuren, er der fortsat en stigning i selvmordsforsøg blandt gengangere.

Antallet af unge med selvmordstanker er belyst i landsdækkende spørgeskemaundersøgelser blandt 9. klasses elever og i en landsdækkende undersøgelse blandt en lidt ældre gruppe (Helweg-Larsen og Larsen 2010). Unges selvmordstanker, lyst (fantasier) til at skære i sig selv og/eller at have tilføjet sig selv fysisk skade kan betragtes som et kontinuum, som et udtryk for alvorlige følelsesmæssige problemer og dårlig psykisk trivsel. Der er markante kønsforskelle i rapporteringen af selvmordstanker. Knap 5 % af drengene og ca. 10 % af pigerne angav i denne undersøgelse, at de inden for den sidste uge havde haft selvmordstanker. Blandt 16-24-årige rapporterede knap 8 % nogensinde at have forsøgt selvmord. Andelen var markant højere blandt 16-19-årige kvinder (12 %) end blandt 20-24-årige kvinder (7 %), og markant højere end blandt unge mænd (hhv. 3 % og 4 %) i tilsvarende aldersgrupper. Selvmord og selvmordsforsøg er mest udbredt i de dårligst stillede socioøkonomiske grupper (Sundhedsstyrelsen 1998).

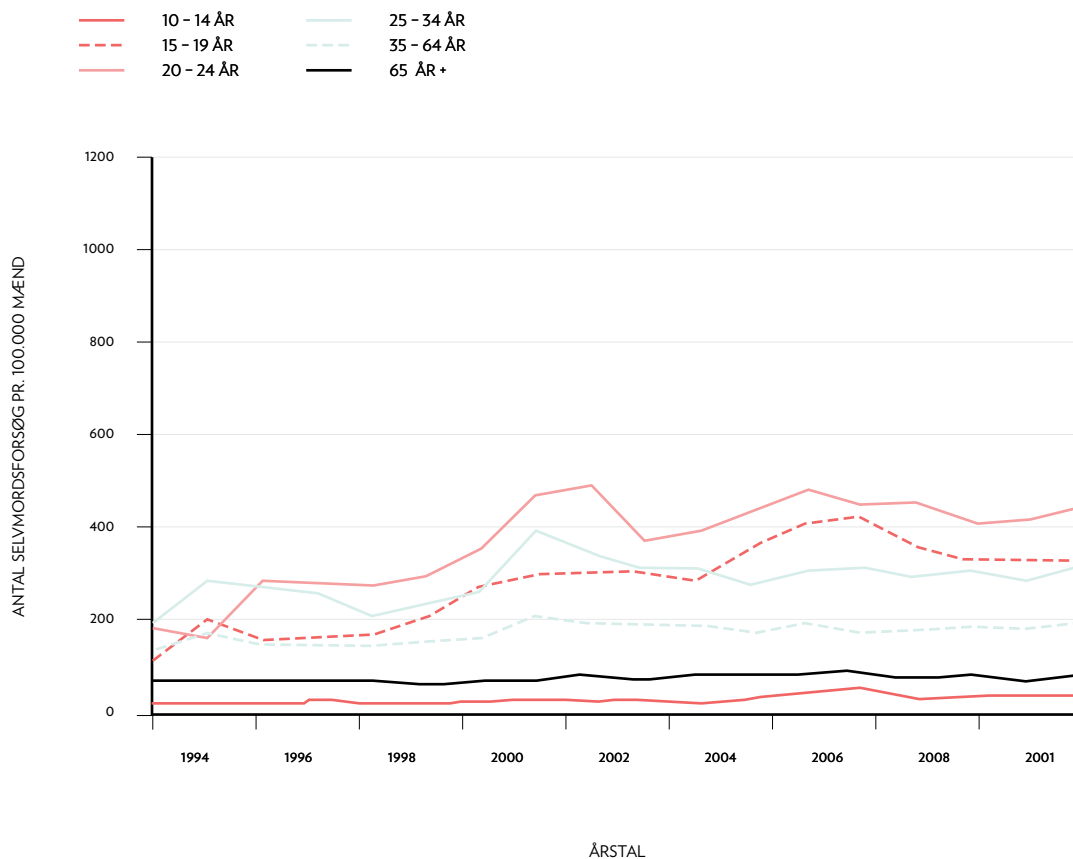
Følgvanskeligheder og konsekvenser

Selvordsadfærd er ikke en afgrænset sygdom, men en komplikation, der kan støde til forskellige sygdomme og tilstande. Prognosen er dermed også meget forskellig. Langtidsopfølgningsundersøgelser af personer, der har forsøgt selvmord viser, at op til 10 % dør ved selvmord. De første år efter selvmordsforsøget er forbundet med den største risiko for nye selvmordshandlinger, formentlig fordi den belastende tilstand endnu er til stede. Langt størstedelen kommer igennem den krise,

som selvmordsadfærden repræsenterer. I Center for Selvmordsforebyggelse i København har man gennemført en undersøgelse af selvmordstanker et år efter selvmordsforsøg hos personer, der ikke havde alvorlig psykisk sygdom. Undersøgelsen viste, at mange var kommet igennem krisen og ikke længere tænkte på selvmord (Nordentoft et al. 2005).

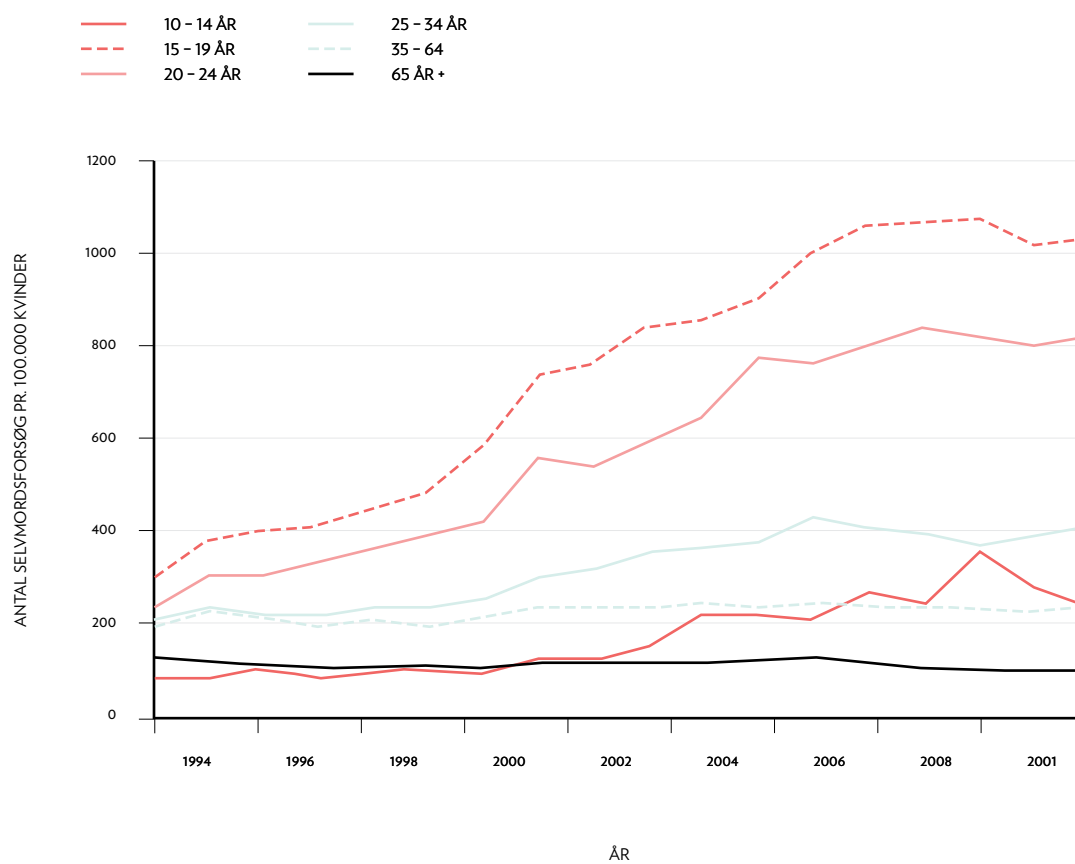
→ FIGUR 5.10

Selvordsforsøg pr. 100.000 blandt mænd i Danmark i forskellige aldersgrupper 1994-2011 (dataudtræk fra landspatientregisteret, analyseret af Annette Erlangsen).



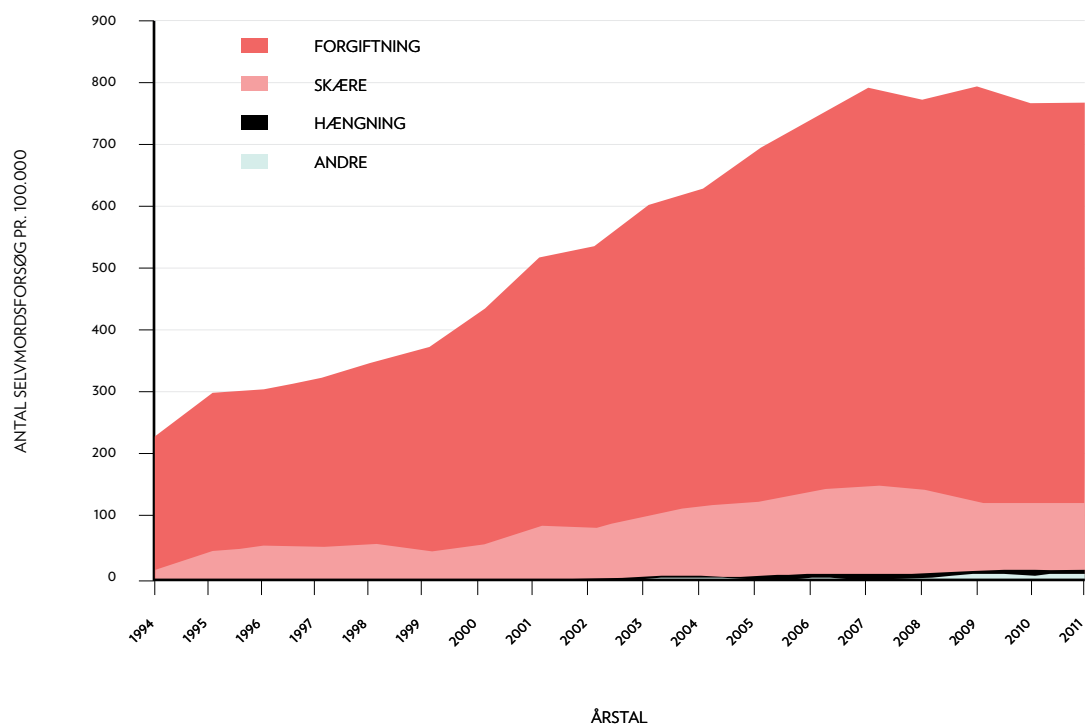
→ FIGUR 5.11

Selvordsforsøg pr. 100.000 blandt kvinder i Danmark i forskellige aldersgrupper 1994-2011 (dataudtræk fra landspatientregisteret, analyseret af Annette Erlangsen).



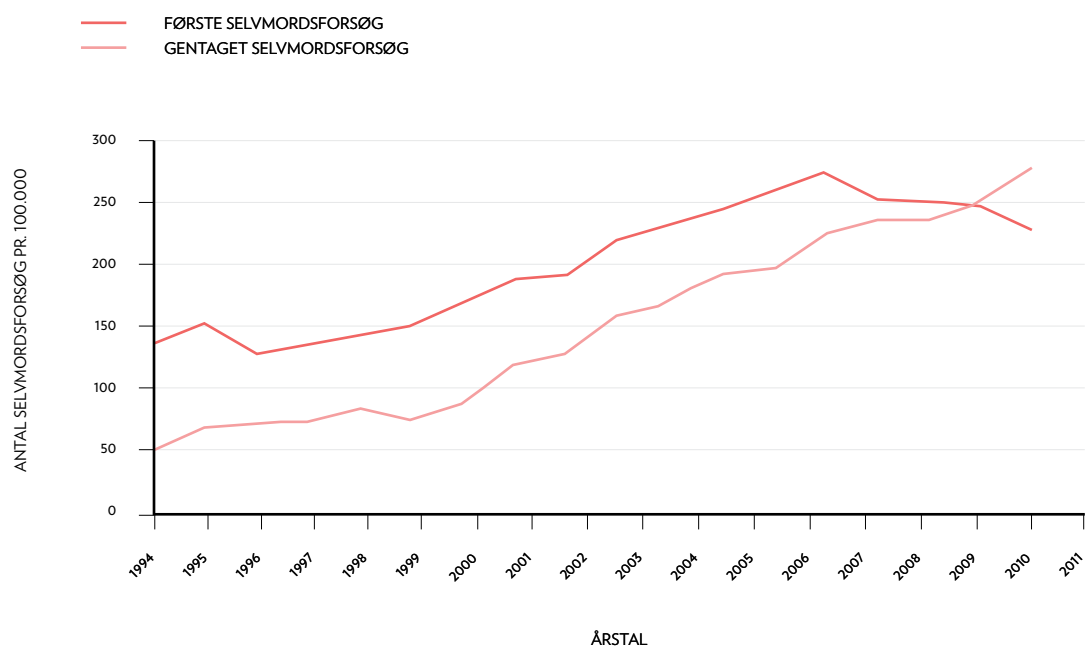
→ FIGUR 5.12

Selvordsforsøg blandt 25-34-årige kvinder opdelt på metode (dataudtræk fra landspatientregisteret, analyseret af Annette Erlangsen).



→ FIGUR 5.13

Selvordsforsøg for kvinder (10 år og ældre) i perioden 1994-2011, opdelt på om der var tale om første eller gentaget selvordsforsøg (dataudtræk fra landspatientregisteret, analyseret af Annette Erlangsen).



LITTERATUR

- Albert N, Bertelsen M, Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Le QP et al. Predictors of recovery from psychosis. Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophr Res* 2011;125(2-3):257-266.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-5), 2013.
- Andersen TF, Madsen M, Jorgensen J, Mellemkjoer L, Olsen JH. Landspatientregisteret. The Danish National Hospital Register. A valuable source of data for modern health sciences. *Dan Med Bull* 1999;46(3):263-268.
- Austin SF, Mors O, Secher RG, Hjorthoj CR, Albert N, Bertelsen M et al. Predictors of recovery in first episode psychosis: the OPUS cohort at 10 year follow-up. *Schizophr Res* 2013;150(1):163-168.
- Bacaltchuk J, Hay P. Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD003391.
- Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *The Psychiatric Clinics of North America*, 2009;32(3):483-524.
- Beyer J. Om diagnosen autisme. *Autismebladet* 2003;2:3-5.
- Booster GD, Dupaul GJ, Eiraldi R, Power TJ. Functional impairments in children with ADHD: unique effects of age and comorbid status. *J Atten Disord* 2012;16(3):179-189.
- Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000;157(12):1925-1932.
- Boyle CA, Boulet S, Schieve LA, Cohen RA, Blumberg SJ, Yeargin-Allsopp M et al. Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997-2008. *Pediatrics* 2011;127(6):1034-1042.
- Brown RT, Freeman WS, Perrin JM, Stein MT, Amler RW, Feldman HM et al. Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics* 2001;107(3):E43.
- Canino G, Polanczyk G, Bauermeister JJ, Rohde LA, Frick PJ. Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45(7):695-704.
- Caspi A, Houts RM, Belsky DW, Goldman-Mellor SJ, Harrington H, Israel S et al. The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clin Psychol Sci* 2014;2(2):119-137.
- Charach A, Yeung E, Climans T, Lillie E. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: Comparative meta-analyses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50(1):9-21.

- Christensen E. 7 ÅRS BØRNELIV. Velfærd, sundhed og trivsel hos børn født i 1995. SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd (rep. No. 13). København 2004.
- Copeland WE, Adair CE, Smetanin P, Stiff D, Briante C, Colman I et al. Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood. *J Child Psychol Psychiatry* 2013;54(7):791-799.
- Dalsgaard S, Mortensen PB, Frydenberg M, Thomsen PH. Conduct problems, gender and adult psychiatric outcome of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psych* 2002;181:416-421.
- Dalsgaard S, Nielsen HS, Marianne S. The Effects of Pharmacological Treatment of ADHD on Children's Health. IZA Discussion Paper No. 6714. Aarhus Universitet 2012.
- Dalsgaard S, Mortensen PB, Frydenberg M, Maibing CM, Nordentoft M, Thomsen PH. Association between Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in childhood and schizophrenia later in adulthood. *Eur Psych* 2013a;29(4):259-263.
- Dalsgaard S, Humlum MK, Nielsen HS, Simonsen M. Common Danish standards in prescribing medication for children and adolescents with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013b;Dec 29. [Epub ahead of print].
- Daughton JM, Kratochvil CJ. Review of ADHD pharmacotherapies: Advantages, disadvantages, and clinical pearls. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 2009;48(3):240-248.
- Duchan E, Patel DR. Epidemiology of autism spectrum disorders. *Pediatr Clin North Am* 2012;59(1):27-43.
- Durkin MS, Maenner MJ, Meaney FJ, Levy SE, di Guiseppi C, Nicholas JS et al. Socioeconomic inequality in the prevalence of autism spectrum disorder: Evidence from a U.S. cross-sectional study. *PLoS One* 2010;12;5(7):e11551.
- Dødsårsagsregisteret: Juel K, Helweg-Larsen K. The Danish registers of causes of death. *Dan Med Bull* 1999;46(4):354-357.
- Eimecke S, Pauschardt J, Remschmidt H, Walter R, Mattejat F. Time trends in psychopathology: A 21 year comparison from Germany. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2011;39(3):187-195.
- Elberling H, Linneberg A, Olsen EM, Goodman R, Skovgaard AM. The prevalence of SDQ-measured mental health problems at age 5-7 years and identification of predictors from birth to preschool age in a Danish birth cohort: the Copenhagen Child Cohort 2000. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010;19(9):725-735.
- Elberling H, Linneberg A, Olsen EM, Houmann T, Rask CU, Goodman R et al. Infancy predictors of hyperkinetic and pervasive developmental disorders at ages 5-7 years: results from the Copenhagen Child Cohort CCC2000. *J Child Psychol Psychiatry* May 30, 2014. [epub ahead of print].
- Elsabbagh M, Divan G, Koh YJ, Kim YS, Kauchali S, Marcín C et al. Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. *Autism Res* 2012;5(3):160-179.

- Eyre O. Clinical and functional outcomes worse in adults diagnosed with ADHD as children. *Evid Based Ment Health* 2013;16(3):66.
- Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;14(4):CD004780.
- Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL, Davies M, Berg CZ, Kalikow K et al. Obsessive compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;27:764-771.
- Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr Res* 2009;65(6):591-598.
- Fountain C, King MD, Bearman PS. Age of diagnosis for autism: Individual and community factors across 10 birth cohorts. *J Epidemiol Community Health* 2011;65(6):503-510.
- Frick PJ, Nigg JT. Current issues in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2012;8:77-107.
- Frick PJ, Viding E. Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Dev Psychopathol* 2009;21(4):1111-1131.
- Godt K. Personality Disorders and Eating Disorders: The Prevalence of Personality Disorders in 176 Female Outpatients with Eating Disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2002;10(2):102-109.
- Goodman A, Heshmati A, Malki N, Koupil I. Associations between birth characteristics and eating disorders across the life course: Findings from 2 million males and females born in Sweden 1975 – 1998. *Am J Epidemiol* 2014;179(7):852-863.
- Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38(5):581-586.
- Goodman R, Scott S. *Child and Adolescent Psychiatry* (3. ed). Blackwell. UK 2005.
- Goodman R, Scott S. *Child and Adolescent Psychiatry* (3. ed.) Wiley-Blackwell. US 2012.
- Helweg-Larsen K, Kjølner M, Juel K, Sundaram V, Laursen B, Kruse M et al. Selvmord i Danmark. Markant fald i selvmord, men stigende antal selvmordsforsøg. Hvorfor? Helweg-Larsen K (red.). Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København 2006.
- Helweg-Larsen K, Larsen HB. Unges sociale problemer i samspil eller isolerede problemer? Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København 2010.
- Herner EB, Coolidge J, Obel C. Municipal health services web-based tools. *Ugeskr Laeger* 2012;19;174(12):800.
- Horwath E, Weissman MM. The epidemiology and cross-national presentation of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000;23:493-507.
- Huisman M, Araya R, Lawlor DA, Ormel J, Verhulst FC, Oldehinkel AJ. Cognitive ability, parental socioeconomic position and internalising and externalising problems in adolescence: findings from two European cohort studies. *Eur j epidemiol* 2010;25(8):569-580.
- Kernberg PF, Weiner AS, Bardenstein KK. *Personality disorders in children and adolescents*. Basic Books. New York 2000.

- Kogan MD, Blumberg SJ, Schieve LA, Boyle CA, Perrin JM, Ghandour RM et al. Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US, 2007. *Pediatrics* 2009;124(5):1395-1403.
- Kopp S, Kelly KB, Gillberg C. Girls with social and/or attention deficits: A descriptive study of 100 clinic attenders. *J Atten Disord* 2010;14(2):167-181.
- Landsforeningen mod spiseforstyrrelse og selvskade (LMS). Diagnoser og omfang. Lokaliseret 3. juli 2014 på <http://www.lmsspiseforstyrrelser.dk/om-selvskade/>
- Larsson HJ, Eaton WW, Madsen KM, Vestergaard M, Olesen AV, Agerbo E et al. Risk factors for autism: Perinatal factors, parental psychiatric history, and socioeconomic status. *Am J Epidemiol* 2005;161(10):916-925.
- Lauritsen MB. Autism spectrum disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2012:1-6.
- Laursen TM, Labouriau R, Licht RW, Bertelsen A, Munk-Olsen T, Mortensen PB. Family history of psychiatric illness as a risk factor for schizoaffective disorder: a Danish register-based cohort study. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(8):841-848.
- Leth I, Esbjørn B. Angst hos børn. Kognitiv terapi i teori og praksis. En håndbog for professionelle. Dansk Psykologisk forlag, København 2012.
- Lewis G, Rice F, Harold GT, Collishaw S, Thapar A. Investigating Environmental Links Between Parent Depression and Child Depressive/Anxiety Symptoms Using an Assisted Conception Design. *J Am Academy Child Adol Psych* 2011;50(5):451-459.
- Lichtenstein P, Halldner L, Zetterqvist J, Sjölander A, Serlachius E, Fazel S et al. Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *New Eng J Med* 2012;367(21):2006-2014.
- Lundh LG, Wångby-Lundh M, Bjärehed J. Self-reported emotional and behavioral problems in Swedish 14 to 15-year-old adolescents: a study with the self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Scand J Psychol* 2008;49(6):523-532.
- Lægehåndbogen (2011a). Spiseforstyrrelser. Anorexia nervosa. Lokaliseret 4. juli 2014 på <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/boernepsykiatri/tilstande-og-sygdomme/spiseforstyrrelser/>
- Lægehåndbogen (2011b). Spiseforstyrrelser. Bulimia nervosa. Lokaliseret 4. juli på <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/boernepsykiatri/tilstande-og-sygdomme/spiseforstyrrelser/bulimia-nervosa/>
- Manning SE, Davin CA, Barfield WD, Kotelchuck M, Clements K, Diop H et al. Early diagnoses of autism spectrum disorders in Massachusetts birth cohorts, 2001-2005. *Pediatrics* 2011;127(6):1043-1051.
- Mannion A, Leader G. Comorbidity in autism spectrum disorder: A literature review. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2013;7(12):1595-1616.
- Matza LS, Paramore C, Prasad M. A review of the economic burden of ADHD. *Cost Eff Resour Alloc* 2005;9:3-5.

- Maughan B, Collishaw S, Meltzer H, Goodman R. Recent trends in UK child and adolescent mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43(4):305-310.
- Micco JA, Henin A, Mick E, Kim S, Hopkins CA, Biederman J et al. Anxiety and depressive disorders in offspring at high risk for anxiety: a meta-analysis. *J Anxiety Disord* 2009;23(8):1158-1164.
- Morgan C, Lappin J, Heslin M, Donoghue K, Lombardo I, Reininghaus U et al. Reappraising the long-term course and outcome of psychotic disorders: the AESOP-10 study. *Psychol Med* 2014;44(13):2713-2726.
- Mors O, Kragh-Sørensen P, Parnas J. *Klinisk Psykiatri* (3. udg). Munksgaard. København 2009.
- Mortensen PB, Pedersen CB, Westergaard T, Wohlfahrt J, Ewald H, Mors O et al. Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. *N Engl J Med* 1999;340(8):603-608.
- Murray J, Farrington DP. Risk factors for conduct disorder and delinquency: Key findings from longitudinal studies. *Can J Psychiatry* 2010;55(10):633-642.
- NICE 2013. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people. recognition, intervention and management. NICE guidelines [CG158]. Lokaliseret på <http://www.nice.org.uk/guidance/CG158/chapter/introduction> d. 10. september 2014.
- Nordentoft M, Breum L, Munck LC, Nordestgaard AG, Hunding A, Bjældager PAL. High mortality by natural and unnatural causes: a 10 year follow-up study of patients admitted to a poisoning treatment centre after suicide attempts. *BMJ* 1993;306:1637-1641.
- Nordentoft M, Branner J, Drejer K, Mejsholm B, Hansen H, Petersson B. Effect of a Suicide Prevention Centre for young people with suicidal behaviour in Copenhagen. *Eur Psychiatry* 2005;20(2):121-128.
- Nordentoft M, Søgaard M. Registration, psychiatric evaluation, and adherence to psychiatric treatment after suicide attempt. *Nord J Psychiatry* 2005;59:213-216.
- Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Dan Med Bull* 2007;54(4):306-369.
- Nordentoft M, Melau M, Iversen T, Kjær S. *Psyko- se hos unge - symptomer, behandling og fremtid. Erfaringer fra OPUS* (1 ed.). Psykiatrifondens Forlag. København 2009.
- Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(10):1058-1064.
- Obel C, Heiervang E, Rodriguez A, Heyerdahl S, Smedje H, Sourander A et al. The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Nordic countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004;13(Suppl 2):1132-1139.

- Olsson M. DSM diagnosis of conduct disorder (CD) - A review. *Nord J Psychiatry* 2009;63(2):102-112.
- Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002;181:193-199.
- Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(3):247-253.
- Parner ET, Schendel DE, Thorsen P. Autism prevalence trends over time in Denmark: Changes in prevalence and age at diagnosis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162(12):1150-1156.
- Parner ET, Thorsen P, Dixon G, De Klerk N, Leonard H, Nassar N et al. A comparison of autism prevalence trends in Denmark and Western Australia. *J Autism Dev Disord* 2011;41(12):1601-1608.
- Petersen DJ, Bilenberg N, Hoerder K, Gillberg C. The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8- to 9-year-old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006;15(2):71-78.
- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164(6):942-948.
- Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Current Opinion in Psychiatry* 2007;20(4):386-392.
- Pottegard A, Bjerregaard BK, Glintborg D, Hallas J, Moreno SI. The use of medication against attention deficit hyperactivity disorder in Denmark: a drug use study from a national perspective. *Eur J Clin Pharmacol* 2012;68(10):1443-1450.
- Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(4):427-432.
- Rai D, Lewis G, Lundberg M, Araya R, Svensson A, Dalman C et al. Parental socioeconomic status and risk of offspring autism spectrum disorders in a Swedish population-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51(5):467-476.
- Rapee RM. Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2012;15(1):69-80.
- Regeringens udvalg om psykiatri. *Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2, 2013.*
- Reinholdt-Dunne ML, Esbjørn BH, Høyer M, Dahl S, Boesen AJ, Hansen SG et al. Emotional difficulties in seventh grade children in Denmark. *Scand J Psych* 2011;52(5):433-439.
- Rice C. Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and developmental disabilities monitoring network, United States, 2006. *MMWR Surveill Summ* 2009;58(SS-10):1-20.
- Rosenberg R, Jørgensen P, Videbech P. *Klinisk neuropsykiatri* (1. ed.). FADL's Forlag. København 2009.

- Rucklidge JJ. Gender Differences in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2010;33(2):357-373.
- Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E et al. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5.ed.) Blackwell Publishing. Oxford 2008.
- Sakolsky DJ, McCracken JT, Nurmi EL. Genetics of pediatric anxiety disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2012;21(3):479-500.
- Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide Life Threat Behav* 2007;37(3):248-263.
- Skolesundhed.dk. Lokaliseret på www.skolesundhed.dk d. 17. august 2014.
- Skoog G, Skoog I. A 40-year-follow-up of patients with obsessive compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(2):121-127.
- Sonuga-Barke EJ, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin M, Holtmann M et al. Nonpharmacological Interventions for ADHD: Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials of Dietary and Psychological Treatments. *Am J Psychiatry* 2013;170(3):275-89.
- Sourander A, Santalahti P, Haavisto A, Piha J, Ikaheimo K, Helenius H. Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(9):1134-1145.
- Sourander A, Niemelä S, Santalahti P, Helenius H, Piha J. Changes in psychiatric problems and service use among 8-year-old children: A 16-year population-based time-trend study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(3):317-327.
- Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *J Pediatr Psychol* 2007;32(6):631-642.
- Statistikbanken. Lokaliseret på www.statistikbanken.dk d. 10. september 2014.
- Stewart SE, Geller DA, Jenike M, Pauls D, Shaw D, Mullin B, Faraone SV. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110(1):4-13.
- Sundhedsstyrelsen. Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg i Danmark. København 1998.
- Sundhedsstyrelsen. Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse. Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende den fremtidige tilrettelæggelse af den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed. København 2001.
- Sundhedsstyrelsen. Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling. København 2005.
- Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – mental sundhed. København 2012.

Taylor E. Children with ADHD at increased risk of adolescent ADHD, ODD, anxiety or depression and functional impairment. *Evid Based Ment Health*. 2010;13(4):110.

Thomsen PH, Skovgaard AM. *Børne- og ungdomspsykiatri* (2 ed.). FADL's Forlag. København 2007.

Thomsen PH. Children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. A 6-22-year follow-up study. Clinical descriptions of the course and continuity of obsessive compulsive symptomatology. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1994;3:82-96.

Thomsen PH. Children and adolescents with obsessive-compulsive disorders. A 6-22 year follow-up study of Social outcome. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1995;4(2):112-22.

Thomsen PH. *OCD hos børn og unge* (1. ed.). Psykologisk Forlag A/S. København 2002.

Thomsen PH, Torp NC, Dahl K, Christensen K, Englyst I, Melin KH et al. The Nordic Long-term OCD treatment study (NordLOTS): Rationale, design, and methods. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2013;7(1):41.

Thorup A, Waltoft BL, Pedersen CB, Mortensen PB, Nordentoft M. Young males have a higher risk of developing schizophrenia: a Danish register study. *Psychol Med* 2007;37(4):479-484.

Torp NC, Dahl K, Skarphedinsson G, Thomsen PH, Valderhaug R, Weidle B et al. The effectiveness of CBT for pediatric OCD. Cognitive behavior treatment for Obsessive-Compulsive Disorder in childhood and adolescence. The Nordic Long-term OCD Treatment Study (NordLOTS). A multicenter controlled trial. Submitted 2014.

Valderhaug R, Larsson B, Götestam KG, Piacentini J. An open clinical trial of cognitive-behaviour therapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder administered in regular outpatient clinics. *Behav Res Ther* 2007;45:577-589.

Van Roy B, Grøholt B, Heyerdahl S, Clench-Aas J. Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10-19 years: age and gender specific results of the extended SDQ-questionnaire. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006;15(4):189-198.

Vidair HB, Fichter CN, Kunkle KL, Boccia AS. Targeting parental psychopathology in child anxiety. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2012;21(3):669-689.

Wesselhoeft R, Sorensen MJ, Heiervang ER, Bilenberg N. Subthreshold depression in children and adolescents - a systematic review. *J Affect Disord* 2013;151(1):7-22.

Williams E, Thomas K, Sidebotham H, Emond A. Prevalence and characteristics of autistic spectrum disorders in the ALSPAC cohort. *Develop Med Child Neurol* 2008;50(9):672-7.

WHO 1993. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva 1993.

Waadegaard M. Risk behavior related to eating disorders among Danish adolescents. Ph.d.-afhandling. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København 2002.

Zohar AH, Ratzoni G, Pauls DL, Apter A, Bleich A, Kron S et al. An epidemiological Study of obsessive-compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:1057-1061.



6

**ÅRSAGER
OG FOREBYGGELSE-
POTENTIALE**

INDSATSER, DER SKAL VIRKE FOREBYGGENDE OVERFOR MENTALE HELBREDSPROBLEMER HOS BØRN OG UNGE, BØR HANDLE OM BÅDE AT REDUCERE FOREKOMSTEN RISIKOFAKTORER FOR MENTALE HELBREDSPROBLEMER, OM AT MINDSKE SÅRBARHEDEN OVERFOR DE PÅGÆLDENDE RISIKOFAKTORER OG OM AT OPSØGE OG BEHANDLE TIDLIGE SYMPTOMER OG STADIER.

I dette kapitel redegør vi kort for vigtige årsager til mentale helbredsproblemer hos børn og unge baseret på aktuelle reviews udført bl.a. i de andre nordiske lande (Major et al. 2001, Petersen et al. 2010, Pihlblad og Åberg 2011, Hooper et al. 2012). Desuden refererer vi den forskning, som har belyst effekten af både universelle, selektive og indikerede forebyggende programmer, som har til hensigt at reducere forekomsten af de mest almindeligt forekommende mentale helbredsproblemer såsom emotionelle lidelser og adfærdsforstyrrelser. Det handler først og fremmest om programmer, som kan anvendes af førskoler og skoler samt til at støtte ressourcetsvage familier.

SAMMENFATNING

Vores viden om specifikke årsager til individuelle variationer i unges mentale helbred er meget mangelfuld, og det gælder i endnu større udstrækning viden om årsager til stigningen og den social ulighed i forekomsten på befolkningsniveau. Mange af de kendte årsagsrelationer fremstår som mindre specifikke i den forstand, at et givet symptom-billede, f.eks. angst, ser ud til at have mange årsager, som det deler med flere andre symptom-billeder,

f.eks. depression.

Der er god dokumentation for, at børn og unge har en forøget risiko at udvikle psykiske helbredsproblemer hvis de:

- › vokser op i fattigdom,
- › vokser op med forældre som har psykiske lidelser eller misbrug,
- › er udsat for omsorgssvigt, overgreb eller mishandling,
- › har dårlig følelsesmæssig kontakt med forældre de første 18 måneder i livet,
- › selv er eller deres forældre er flygtninge som har haft traumatiserende oplevelser,
- › er marginaliserede eller socialt isolerede i forhold til lokalsamfund eller skole,
- › selv eller familien er udsatte for mange sociale belastninger og voldsomme livshændelser.

Der er en meget omfangsrig litteratur om de mange forskellige programmer, der har til hensigt at forebygge et dårligt mentalt helbred, men begrænser man sig til kontrollerede undersøgelser, hvor der har været en opfølgning på mindst 6 måneder efter indsatserne, er der ret få undersøgelser, men til gengæld en del aktuelle oversigter

over disse. Forebyggende indsatser på dette område handler både om at reducere årsager til mentale helbredsproblemer, mindske sårbarheden for helbredseffekten af dem og om at opsøge og behandle tidlige symptomer og stadier. Det handler om en meget bred vifte af indsatser: fra at sikre børneinstitutioner af god pædagogisk kvalitet, at udvikle sundhedsfremmende skoler, hvor børnene oplever, at de mestrer skolearbejdet og ikke bliver mobbet, samt hjemmebesøg af sundhedsplejersker for at identificere miljøer, som pga. forældres sociale og helbredsmæssige problemer indebærer en risiko for barnet.

En lang række interventioner i regi af skoler eller lokalsamfund med henblik på at forbedre samspil mellem forældre og børn har vist sig effektive til at forebygge adfærdsforstyrrelser. Det har desuden vist sig overordentlig omkostningseffektivt. De universelle programmer viser generelt små til moderate effekter, men fordi de når en stor gruppe, kan de alligevel være relevante og omkostningseffektive. Der er dokumentation for, at de selektive programmer (f.eks. tidlige hjemmebesøg og forældre-støttende programmer (f.eks. "De utrolige år")) har svag til moderat effekt på udadagerende adfærd, mens effekten på de indadvendte symptomer er mere usikker. Og de tidlige indsatser (f.eks. forældre-støttende programmer, psykologisk behandling til barnet, evt. medicinering) kan generelt forebygge sværere symptomer senere i livet hos børn og unge med mindre udtalte psykiske symptomer.

Det faktum at forekomsten af mentale helbredsproblemer blandt børn og unge ser ud til at stige samtidig med, at der faktisk gøres en del, skal ikke skygges for det forhold, at en lang række forebyggende indsatser med dagens viden må bedømmes som effektive, og en mere udbredt implementering derfor er motiveret.

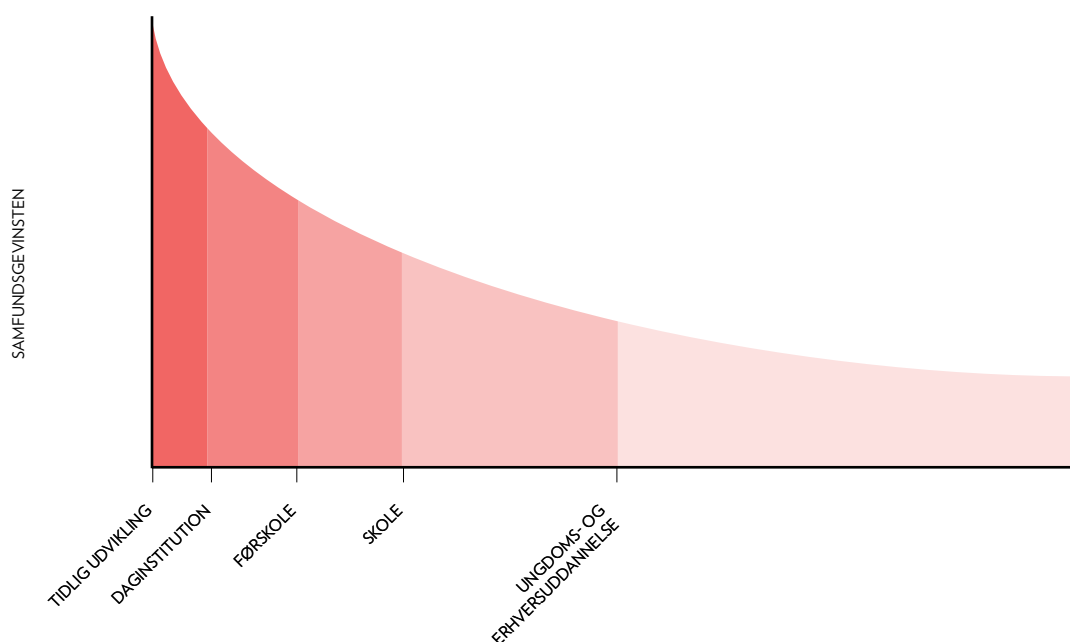
INDLEDNING

Allerede i 1930'erne opstod en erkendelse, som til en vis grad har præget prioriteringerne i den forebyggende sundhedspolitik, nemlig at børns helbred er mere sårbart i forhold til en lang række forhold. Etableringen af sundhedsplejen i 1927 for mødre og børn var udtryk for dette. I dag ved vi meget mere om denne øgede sårbarhed. Det gælder for både genetiske, biologiske (f.eks. infektioner), fysisk/kemiske (f.eks. kost, bly i luften) og sociale forhold (f.eks. nære emotionelle relationer og miljø for kognitiv udvikling), og effekterne kan være både psykiske og somatiske lidelser tidligt og sent i livet. Igennem de sidste 25 år har der videnskabeligt med udgangspunkt i de såkaldte programmeringsteorier været særligt fokus på betydningen af det helt tidlige miljø, nemlig graviditeten. En lang række studier har fundet sammenhæng mellem faktorer i graviditet og omkring fødslen og sundhedsforhold igennem livet. Dette gælder også for en del mentale sundhedsmål (Hooper et al. 2012). Med udgangspunkt i disse undersøgelser er der også opstået en interesse for de rent nationalekonomiske implikationer. Den amerikanske nobelpristager i økonomi, J. Heckmann, argumenterede således i en artikel i tidsskriftet *Science* i 2006 (Heckman 2006) for, at investeringer i børns kognitive og sociale udvikling, jo tidligere jo bedre, er nogle af de mest omkostningseffektive investeringer et samfund kan foretage (se figur 6.1) (Heckman 2006, Knudsen et al. 2006).

Børns tidlige udvikling emotionelt, socialt og kognitivt præger deres sundhedsudvikling senere i livet og dermed, via deres uddannelsesforløb og arbejdsmarkedstilknytning, også deres økonomiske bidrag til samfundet. Det er baggrunden for, at børns tidlige udvikling tillægges så stor betydning for ulighed i sundhed i både lav- og højindkomstlande (WHO 2008).

→ FIGUR 6.1

Samfundsgevinsten ved investering i børn og unges udvikling i forskellige aldre (Heckman 2006).



Det betyder også, at selvom denne rapport handler om mentalt helbred blandt børn og unge i alderen 10-24 år, vil mange af de forebyggende indsatser rette sig mod forældre og mod børns tidlige udvikling, inden de bliver 10 år.

ÅRSAGER TIL MENTALE HELBREDS-PROBLEMER BLANDT BØRN OG UNGE

Mange børn, som udvikler selv alvorlige mentale symptomer og helbredsproblemer, vokser op i familier, der fungerer normalt, og mange børn, som vokser op i familier, der kæmper med alvorlige sociale og helbredsmaessige problemer, bliver helt velfungerende (Helland og Mathiesen 2009). De fleste årsager til psykiske helbredsproblemer hos børn og unge er således isoleret set hverken nødvendige årsager eller tilstrækkelige årsager. De

er ikke nødvendige, fordi mange kan få problemer uden at have været udsat for dem, og de er ikke tilstrækkelige, fordi mange, som har været udsat for årsagerne, ikke bliver syge. Når børn på den måde klarer sig godt trods en række risikofaktorer, taler vi om det engelske begreb "resiliens" (Sommer 2011). Dermed adskiller kendte årsager til mentalt helbred hos børn og unge sig ikke fra kendte årsager til andre store folkesundhedsproblemer: at selvom vi kan identificere risikofaktorer, som medfører en i gennemsnit flere gange højere risiko for den gruppe, som er eksponeret, betyder det ikke, at disse risikofaktorer er særligt gode til at forudsige eksakt, hvilke individer som faktisk får problemer. Selvom risikofaktorerne således har stor relevans for forebyggelse på befolkningsniveau, er de mindre egnede til at vejlede det kliniske arbejde, som vedrører det enkelte individ.

Det skal dog indledningsvis påpeges, at vores viden om specifikke årsager til individuelle variationer i unges mentale helbred er meget mangelfuld, og det gælder i endnu større udstrækning viden om årsager til den stigende forekomst i dårligt mentalt helbred og årsager til uligheden mellem særlige grupper. Mange af de kendte årsagsrelationer fremstår som mindre specifikke i den forstand, at et givet symptombillede kan have årsager til fælles med et andet, og at en given årsag derfor er knyttet til mange forskellige tilstande (Petersen et al. 2010). Nogle af de mest almindeligt forekommende symptomer hos børn er somatiske med psykiske og sociale årsager, og somatiske lidelser kan også påvirke mentalt helbred hos børn og unge.

Der er en række sociale risikofaktorer for psykiske helbredsproblemer. Mange af disse faktorer er stærkt knyttet til forældrenes sociale position og ligger dermed bag den sociale ulighed i forekomsten. Man kan skelne mellem de mere samfundsstrukturelle risikofaktorer, dem som har med skole og lokalsamfund at gøre, og dem som mest knytter sig til relationer og helbred i familien (Mathiesen et al. 2009).

Strukturelle risikofaktorer:

- › at vokse op i fattigdom og,
- › at være flygtning eller have forældre, som er flygtninge, og som har været udsat for traumatiske oplevelser i hjemlandet eller under flugten.

Risikofaktorer i skole og lokalsamfund:

- › at være marginaliseret, dårligt integreret eller være udsat for mobning i institutioner, skoler og lokalområde.

Familiemæssige risikofaktorer:

- › at mangle fortrolig kontakt med forældre,
- › at have forældre, som har langvarige, psykiske lidelser,
- › at have forældre, som har misbrugsproblemer
- › at være udsat for omsorgssvigt, mishandling og overgreb.

Fælles for disse forhold er, at de kan lede til social stress hos barnet og den unge. Med social stress mener vi sociale vilkår, som udløser psykologiske og fysiologiske mekanismer, der kan påvirke mentalt og somatisk helbred. Stress kan desuden påvirke helbredet via en påvirkning på sundhedsadfærd. Samtidig er der ingen tvivl om, at ikke mindst ADHD og andre udadvendte psykiske helbredsproblemer skaber social stress i omgivelserne som reaktion på barnets adfærd (Petersen et al. 2010). Genetiske, biologiske og kemiske risikofaktorer kan også spille en betydelig rolle, ofte i samspil med andre årsager. Det forhold, at forskellige årsager spiller sammen, betyder, at en årsag øger sårbarheden for effekten af andre årsager. En sådan sårbarhed kan være genetisk. Tvillingestudier taler således for, at genetiske faktorer forklarer 90 % for autisme (Nordenbæk et al. 2014), mens andelen for ADHD er 70-80 % og for skizofreni ca. 50 % (Tsuang et al. 2001). For emotionelle forstyrrelser er resultaterne mere usikre, på omkring 20-65 % (Silberg et al. 2001), formentlig fordi der her er en særlig stærk interaktion mellem gener og miljø. Effekten af genetiske faktorer er netop ofte afhængig af tilstedeværelsen af årsager i miljøet, og dermed kan det godt være sandt, at selvom genetiske faktorer måske forklarer 80 % af variationen, så forklarer miljøfaktorer også 80 %. Det beror således på, at en stor del af effekten af én faktor kan afhænge af tilstedeværelsen af andre faktorer. Faktorerne er altså ikke tilstrækkelige årsager, og effekten af dem forudsætter, at andre risikofaktorer også er til stede – de interagerer.

Infektioner under graviditeten kan i sjældne tilfælde medføre misdannelser, inklusive døvhed og mentale forstyrrelser. I Danmark har det mest været røde hunde (rubella), som har været aktuelt, men denne sygdom forekommer nu yderst sjældent takket være MFR-vaccinationsprogrammet. Udsættelse for alkohol eller andre rusmidler, for visse lægemidler, tobak og fejler næring i graviditeten kan også grundlægge en mental sårbarhed (Hooper et al. 2012). Lav fødselsvægt og fødselskomplikationer kan skabe alvorlige udviklingsforstyrrelser af meget varierende grader inklusive ADHD (Lindström et al. 2011).

Industrielle kemikalier som f.eks. bly har i talrige epidemiologiske undersøgelser vist sig gennem påvirkning af hjernen at øge risikoen for udviklings- og adfærdsforstyrrelser, som viser sig i bl.a. kriminalitet og uafsluttet skolegang (Grandjean 2013). Selvom der er sparsom epidemiologisk evidens, så taler vores nuværende dyreeksperimentelle viden for, at en lang række giftstoffer, som findes i miljøet, forbrugerprodukter og fødevarer, kan påvirke hjernens udvikling, og dermed kan have effekt på den kognitive udvikling og en række mentale symptomer. Udsættelse for sådanne påvirkninger kan således gennem indflydelse på fosterets og barnets hjerneudvikling skabe koncentrations- eller kommunikationsproblemer for barnet, og dermed påvirke barnets evne til at mestre udfordringer.

Helbredseffekten af ovenstående risikofaktorer beror ud over den medfølgende sårbarhed også på barnets reaktionsmønster. En del børn har et afvigende reaktionsmønster ved enten at være udadreagerende med trods, aggression og impulsivitet (svarende til afsnit om 5.4 om adfærdsforstyrrelser) eller indadreagerende med ængstelse, nedtrykthed og indadvendthed (svarende til afsnit 5.3 om emotionelle lidelser). En mekanisme, som formentlig spiller en tiltagende rolle, er børns og unges søvn-

problemer. Langvarige søvnproblemer svækker den kognitive og intellektuelle funktionsevne og dermed også evnen til at mestre ydre belastninger (se videre afsnit 4.5) (Hooper et al. 2012).

Når flere af ovenstående risikofaktorer og reaktionsmønstre falder sammen, forstærker de ofte hinandens effekt og resulterer i mentale helbredsproblemer. Børn med specielle reaktionsmønstre og andre typer af øget sårbarhed kræver derfor gode opvækstbetingelser. Særlig beskyttende er tæt følelsesmæssig forældre-barn kontakt de første 1-2 leveår. Her spiller den sociale støtte, som forældrene har, når barnet er i den alder, en stor rolle. Senere spiller den sociale støtte, som forældre kan få fra familie, daginstitutioner, skoler og naboer, også en rolle (se figur 6.2).

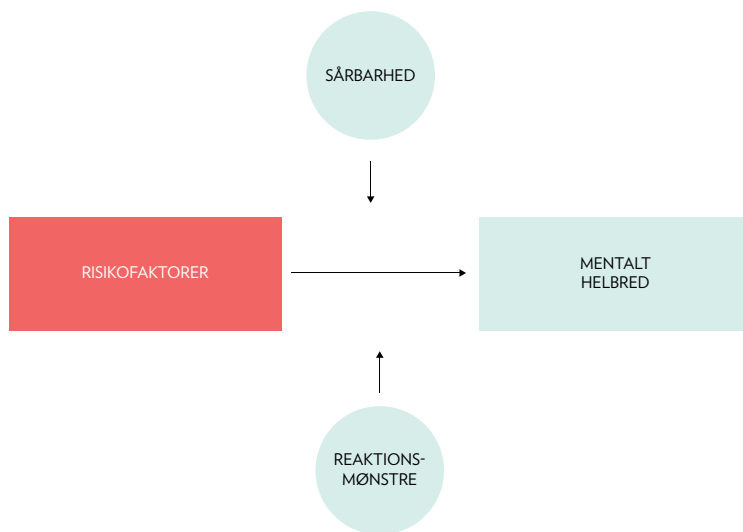
FOREBYGGENDE INDSATSER

Der er stor uklarhed om, hvor grænserne går mellem primær forebyggelse, sekundær forebyggelse og behandling. Det skyldes bl.a., at der er så stor usikkerhed om de præcise årsager til børns og unges mentale problemer. Mange af de over hundrede forebyggende programmer, som er i brug rundt om i verden, er udviklet fra indsatser, som oprindeligt kommer fra behandlingsprogrammer. Vi begrænser os her til at give eksempler på forebyggende programmer, og med det menes programmer, som søger at forandre adfærd, tankemønstre og relationer inden barnet har nået at udvikle varigt besvær med nedsat funktionsevne eller egentlige diagnoser (se kapitel 5). Man skelner ofte i forebyggelseslitteraturen mellem indsatser med det formål at forebygge:

- udadvendte mentale problemer som f.eks. trods, aggressivitet, impulsivitet og andre adfærdsforstyrrelser, og
- indadvendte mentale problemer som f.eks.

→ FIGUR 6.2

Balancepunkt mellem krav og evner for ethvert menneske.



emotionelle lidelser og psykosomatiske symptomer.

Man skelner også, som på andre forebyggelsesområder, mellem:

- › universelle tiltag, som henvender sig til alle forældre eller børn og unge i en vis aldersgruppe,
- › selektive tiltag, som henvender sig til en særlig målgruppe, som ud fra sociale og helbredsmæssige kriterier har en høj gennemsnitlig risiko, som følge af særlig høj eksponering eller sårbarhed. Eksempelvis alle børn og unge i en socialt udsat bydel, og
- › indikerede tiltag, som kun henvender sig til de børn og unge, som efter en individuel vurdering er bedømt som værende i risikozonen for at udvikle mentale problemer.

Vi redegør for indsatserne i samme rækkefølge, som vi inddelte de sociale og fysiske årsager, i dem som har med samfundsstrukturelle forhold at gøre, skole og lokalsamfund, og dem som har med familierelationer at gøre.

Der er en meget omfangsrig litteratur om de mange forskellige forebyggende programmer, men begrænser man sig til kontrollerede undersøgelser, hvor der har været en opfølgning på mindst seks måneder efter indsatserne, er der ret få studier, men til gengæld en del aktuelle oversigter over disse (Major et al. 2011, SBU 2010, Pihlblad og Åberg 2011, NICE 2012). På nogle områder er der desuden gennemført omkostningseffektanalyser, hvor dem, der er foretaget i Storbritannien, har mest relevans for Danmark (Knapp et al. 2011).

UNIVERSELLE TILTAG

Først og fremmest er der en række universelle og strukturelle social- og sundhedspolitiske indsatser, som formentlig også fremmer børns og unges mentale helbred. Med universel menes forebyggelse, hvor målgruppen er hele eller dele af befolkningen uanset risikofaktorer og risikoadfærd.

Strukturelle indsatser

Den epidemiologiske litteratur peger ret tydeligt på, at børn fra familier, som i længere tid lever i økonomisk fattigdom, har en betydeligt højere risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer. Det har også i mange årtier været en ambition, ikke mindst i de nordiske lande, at holde børnefattigdommen på et minimum (Diderichsen 2002). Med den restriktive fattigdomsgrænse defineret ved en indkomst i 3 år i træk under 50 % af den ækvivalerede medianindkomst (dvs. husholdets samlede indkomst sat i relation til antal voksne og børn i husholdet), var der godt 10.000 fattige børn og unge under 18 år i Danmark 2012 ifølge AE-rådets beregninger. De få interventionsstudier der findes, hvor man har tilført familier med meget lave indkomster en begrænset økonomisk støtte (dvs. en slags målgrupperettet indsats), har dog ikke vist nogen effekt på børnenes helbred (Lucas et al. 2008). Det illustrerer formentlig, at den økonomiske fattigdom er stærkt knyttet til en lang række andre sociale forhold, som gør det svært at isolere effekten af pengene. I forhold til de fysiske/kemiske risikofaktorer er tre typer af tiltag aktuelle og effektive: Det ene handler om tilgængeligheden af alkohol og andre rusmidler, herunder sænkning og håndhævelse af aldersgrænser, afgiftsforhøjelser og minimumpriser pr. genstand, samt begrænsning af udskænkningstilladelser (Skala og Walter 2013). At hindre unge og sårbares brug af hash vil formentlig også have forebyggende effekt. Som selvmordsforebyggende indsatser har

universelle tiltag for at begrænse adgangen til selvmordsmidler (særligt smertestillende lægemidler og psykofarmaka) vist sig effektivt, f.eks. ved begrænsning af håndkøbslægemidler med mindre medicinpakker og håndhævelse af aldersgrænser (Bremberg 2006, Mann et al. 2012).

Indsatser i skole- og daginstitutioner

Mange universelle interventioner bygger på tanken om, at miljøet i daginstitutioner og skoler kan udformes, så det giver børnene optimale udviklingsbetingelser, og dermed kan kompensere for nogle af de manglende forudsætninger, som ressourcetsvage familier og lokalsamfund kan give børn. Desuden kan skoler være arena for universelle forebyggende interventioner. Der har længe været den opfattelse, at daginstitutioner af høj pædagogisk kvalitet forebygger psykiske problemer blandt børn (Clarke-Stewart 1993, Bremberg 2002). Det har siden, uden at der findes nogen større eksperimentel evidens, været et politisk mål, at de bør være økonomisk og geografisk tilgængelige for alle børn over toårsalderen. Særligt vigtigt er det, at børn fra hjem med begrænsede sociale ressourcer og med sproglige handicap deltager. Førskolen bør have fokus på at styrke børnenes sociale, kognitive og sproglige udvikling, men det er samtidig vigtigt, at førskolen ikke introducerer holdninger, arbejdsformer og bedømmelser, som tydeliggør barnets mangler (Gustafsson et al. 2010, Ahrén 2010).

En af grundene til, at tidlige indsatser for børn og unge kan spille så stor forebyggende rolle, er, at de kan gribe ind i udviklingsforløb, som både kan forme sig som gode og onde cirkler. Eksempelvis spiller tidlige oplevelser af at mislykkes i skolen en vigtig rolle for udvikling af psykiske symptomer, og omvendt spiller børns mentale helbred også en stor rolle for, hvordan de klarer sig i skolen (Mathiesen 2009). Dermed er der forudsætninger for

udviklingen af en ond cirkel, hvis ikke der gribes ind med pædagogiske og/eller psykologiske indsatser, når tidlige problemer erkendes. Problemer i udviklingsforløbet viser sig særligt i overgangsfaser fra førskole til skole eller fra skole til videre uddannelse eller erhverv. Børn og unge er særligt sårbare i disse overgangsfaser, hvor indsatser på den anden side må formodes at kunne have særlig stor effekt. Dette samspil mellem psykisk helbred og indlæring spiller formentlig en meget stor rolle for den tiltagende sociale ulighed i sundhed blandt børn og i tiltagende grad også blandt voksne (Tsuang et al. 2001). Samtidig er der et alvorligt dilemma i forhold til mulige indsatser. Flere studier (Silberg et al. 2001) taler for, at det på den ene side fremmer skolebørns psykiske velbefindende, at de går i klasse med børn med lignende social baggrund, men at det på den anden side fremmer den kognitive udvikling hos børn fra en mindre ressourcestærk social baggrund at gå i skole med børn fra mere ressourcestærke miljøer.

Skolen er således en væsentlig ramme for at sikre børns mentale sundhed. Lærerne har tæt kontakt til børn og forældre og ofte indgående kendskab til barnets ressourcer, og skolens indsatser kan bidrage positivt eller negativt til de unges identitetsudvikling, deres sociale og følelsesmæssige udvikling, til deres kognitive udvikling og til udviklingen af sociale kompetencer og netværk. Ved at bidrage til opbygningen af kognitive, sociale og mentale ressourcer hos børn og unge, ved at målrette indsatser til børn og unge i særlig risiko, ved at udpege og viderebringe de børn og unge, som har brug for indsatser fra andre instanser, og ved at sikre sunde og inkluderende skoleomgivelser uden diskrimination og mobning, bliver skolen og uddannelsesinstitutionerne helt afgørende for at sikre en positiv udvikling af børn og unges mentale sundhed. De mange transitioner i barne- og ungdomsårene giver børn og unge berøring

med et meget stort antal aktører og organisationer. Skoler og fritidsinstitutioner hører til i kommunalt regi, gymnasier og en række ungdomsuddannelser hører til på regionalt plan eller under undervisningsministeriet, mens universiteterne hører under forskningsministeriets område. De mange, meget forskellige organisationer og aktører, der omgiver børn og unge, betyder, at koordination og kommunikation på tværs er meget væsentlige komponenter, når det gælder muligheden for at finde holdbare muligheder, støtteforanstaltninger og hjælp til sårbare børn og unge. Risikoen for fejl, og for at barnet eller den unge falder mellem flere stole, forstærkes af en sådan konstruktion.

Grundskolen har været arena for en lang række programmer med det eksplicite formål at forebygge mentale helbredsproblemer blandt børn og unge. Mange af dem er evalueret med kontrolleret design, og selvom der er mange metodeproblemer i disse studier, er konklusionen, at nogle få af dem har veldokumenteret, men ikke særlig kraftig forebyggende effekt (SBU 2010).

En lang række studier har vist, at problemer med at klare skolearbejdet og indlæringen både er årsag til og konsekvens af psykiske problemer (Gustafsson et al. 2010). I de første år i skolen er det derfor vigtigt, at arbejdet organiseres således, at barnet ikke gentagne gange oplever at mislykkes. Særlige indsatser for at sikre tidlige læse- og matematikkompetencer er vigtigt. En segregering af eleverne efter social og etnisk baggrund eller tidlig sortering efter skoleresultat kan fremme trivsel og et positivt selvbillede, men forværre skoleresultaterne (Hjern et al. 2013). Positivt støttende lærere og kammerater kan mindske den psykiske effekt af dårlige skoleresultater.

Skolebaserede universelle indsatser er prøvet i mange lande (Wear og Nind 2011). Disse uni-

verselle indsatser har fokus på at fremme positiv adfærd, systematisk opmuntring, anerkendelse og kollektiv belønning, emotionelle og sociale kompetencer og skabe kulturer, som sikrer, at mobning undgås. Den amerikanske model kaldet "School-Wide Positive Behavior Support" (SWPBS) er i Danmark implementeret under betegnelsen "Positiv Adfærd i Læring og Samspil" (PALS). Modellen har også i Danmark vist positive resultater bedømt ud fra spørgeskemaer til pædagoger og lærere, mens registeropfølgning over antallet af børn i specialklasser, ulovligt fravær og skolekarakterer endnu ikke viser nogen effekt (Rasmussen og Olsen 2012).

Skolebaserede indsatser virker bedst, 1) når indsatsen involverer alle elever, lærere, ledelse og andre personalegrupper i skolen samt forældre (på engelsk kaldes en "Whole School Approach"), 2) når der sættes fokus på mental sundhed og trivsel i stedet for psykisk lidelse, 3) når indsatsen er langvarig, 4) når der skabes ændringer eller forbedringer i skolens sociale, fysiske og politiske miljø (Wear og Nind 2011, Durlak et al. 2011). En generel erfaring af disse skolebaserede programmer er, at effekten i gennemsnit er ret begrænset, men at den er lidt større for de børn, som i udgangspunktet har den største risiko. Denne type af skolebaserede programmer, som lærer eleverne bedre at genkende og håndtere emotionelle problemer og dermed reducerer adfærdsforstyrrelser, er meget omkostningsbesparende set fra et samfundsperspektiv, inklusive udgifter til sundhedsydelse og kriminalforsorg, men også for skolesystemet selv. For de programmer, som sigter specifikt på at reducere mobning, ser det også ud til at være omkostningsbesparende, selvom der er større usikkerhed om, hvilke indsatser som specifikt er mest effektive.

Familieindsatser

Universelle indsatser for at støtte familier, som pga. helbredsmæssige eller sociale problemer kan repræsentere en risiko for barnets udvikling eller på anden måde behøver støtte i forælderrollen, har længe været praktiseret, bl.a. i de nordiske lande. En lang række studier har peget på, at et system med obligatoriske hjemmebesøg af sundhedsplejersker hos nybagte forældre kan identificere bl.a. de tidligere nævnte syv risikofaktorer. Den rådgivning og støtte som sundhedsplejerskerne kan give er effektivt, ikke mindst for ressourcervage familier (Donelan-McCall og Olds 2012). Systematisk screening for tidlige depressionssymptomer i barselsperioden er prøvet med godt resultat og høj omkostningseffektivitet (Knapp et al. 2011). Et universelt tilbud om deltagelse i forældregrupper, som styrker forældrefærdigheder og formidler god opdragelsesteknik, samt skaber forum for social støtte forældrene imellem, bruges i mange lande, bl.a. i Sverige, og har vist sig at forebygge mentale problemer – især adfærdsforstyrrelser – hos børn (Bremberg 2006, Miller et al. 2012, Barlow et al. 2012). I denne forældreuddannelse indgår bl.a. støtte for forældre til at kunne se tidlige symptomer hos børnene, f.eks. langvarig nedstemthed, pludselig angst uden ydre anledning, voldsomt udadreagerende adfærd, koncentrationssværligheder, uforklarligt vægttab, selvskadende adfærd og misbrug.

Flere programmer, som anvendes i en universel version, f.eks. det australske "Friends", tager udgangspunkt i erfaringer fra kognitiv adfærdsterapi og går ud på at lære unge at håndtere følelser af angst. Effekten er begrænset, men dokumenteret i nogle få studier (SBU 2010). Et andet program, som ud fra kognitiv adfærdsterapi er specifikt udformet til at mindske indadvendte problemer, er det såkaldt "Coping with Stress" program. Programmet er også udformet i en mere universel

udgave kaldet "Disa", som bruges bl.a. i Sverige for at forebygge denne type af problemer blandt piger. Effekten ved denne universelle anvendelse på f.eks. alle piger i en skole er ikke evalueret.

Studierne af de universelle programmer viser generelt ret små til moderate effekter (Wilson og Lipsey 2006), men i og med at de kan nå store grupper, kan de alligevel være relevante og omkostningseffektive. Effekten og forudsætningerne for deres implementering må forventes at være ret kontekstafhængig, og derfor er det en ekstra usikkerhedsfaktor, at ingen af dem er evaluerede i Danmark, men hovedsageligt i USA, Storbritannien, Australien, Norge og Sverige.

Målgrupperettede tiltag

For de forældre eller børn og unge, som er udsat for en eller flere af ovenstående risikofaktorer, er det afgørende, at de identificeres så tidligt som muligt, f.eks. gennem universelle tilbud fra sundhedsplejen, og at passende indsatser sættes ind. Mange forskellige programmer er evalueret, og de fleste af dem har set på effekten på udadvendte problemer og adfærdsforstyrrelser, men nogle har handlet om at forebygge indadvendte problemer som angst og depression. Det er først og fremmest i forhold til de førstnævnte problemer, at der er fundet effekter (Wilson og Lipsey 2006).

Et af de mest udbredte og velstuderede programmer er det program, der kaldes for "The incredible years" (De utrolige år). Programmet blev oprindeligt udviklet til behandling af børn (0-12 år) med svære adfærdsforstyrrelser, men bruges nu også for bredere målgrupper, som kommer fra udsatte miljøer på daginstitutioner og skoler. Det bygger på social indlæringsteori og bruges på familier med børn, som vurderes at have en forhøjet risiko for adfærdsproblemer. Programmerne er gruppebaserede og anvender videosekvenser som oplæg til

rollespil, praktiske aktiviteter og gruppedrøftelser. Programmet er først og fremmest evalueret med gode resultater i socialt udsatte storbyområder i USA, men er også med positive erfaringer meget brugt i de nordiske lande herunder Danmark. "Triple-P" (Positive Parenting Program) er et forældre-støtteprogram, som, når det retter sig til børn i meget udsatte miljøer, minder meget om "De utrolige år", men som også med svag til moderat effekt er prøvet på bredere målgrupper af børn med mindre belastning. Denne type af programmer har vist sig i et 25-års perspektiv at være meget omkostningsbesparende, og i særdeleshed, hvis omkostninger ved kriminalitet medregnes (Knapp et al. 2011).

For børn, som er udsat for mobning, er der udviklet effektive skoleprogrammer. Disse skal dog for at være effektive rettes mod hele skolen, og dermed bliver indsatsen over for denne sårbare gruppe af børn en universel indsats, indrettet som en "whole school approach" med inddragelse af børn, lærere, ledere og forældre (Major et al. 2011).

Udenlandske studier viser, at de mest effektive tiltag til forebyggelse af mishandling og seksuelle overgreb er tidlige hjemmebesøg, forældre støtte til gravide mødre og nybagte forældre i risikozonen (Major et al. 2011).

Samlet set kan man konstatere, at selektive programmer som f.eks. De utrolige år og Triple P først og fremmest er udviklet for børn i 0-12 års alderen, og de har ved kontrollerede evalueringer i udlandet vist sig have svag til moderat effekt på udadreagerende adfærd. I forhold til mere indadvendte problemer er effekten mere usikker.

Individrettede tiltag

For børn, som har udviklet begyndende symptomer på adfærdsvanskeligheder og psykiske symptomer, er der grund til at gøre en tidlig indsats,

fordi det, for de fleste symptomers vedkommende, vil forebygge senere og sværere symptomer at sætte ind tidligt. Her bliver grænsen mellem forebyggelse og behandling flydende.

For børn, som har begyndende tegn på adfærdsvanskeligheder, er der udviklet forældre-støttende programmer ofte baseret på adfærdsterapi, som har vist sig effektive. Indsatserne er mest effektive, hvis de sættes ind, før barnet er 8 år, og har i så fald en enorm samfundsøkonomisk besparende effekt (gevinst over 30 år på 8 gange omkostningerne) (Dretzke et al. 2009, Knapp et al. 2011).

Også i forhold til andre symptombilleder er en tidlig sekundær forebyggende indsats effektiv. Børn med selvmordstanker eller selvmordsadfærd kan med psykologisk behandling sikres lavere risiko for selvmord (Nordentoft 2007). Børn og unge med svage begyndende tegn på psykose bør få intensiv hjælp med antipsykotisk medicinering og kognitiv adfærdsterapi. En sådan tidlig behandling har vist sig meget omkostningsbesparende både for sundhedsvæsenet og for resten af samfundet (Knapp et al. 2011). For børn med søvnproblemer er der udviklet særlige programmer, som formentlig er effektive også i en dansk kontekst (Johnson og Mindell 2011). Også for ensomme børn findes efterprøvede interventioner, som har vist sig effektive i forhold til at øge børnenes modstandskraft og nedbringe deres sociale isolation (Margalit 2010).

Samlet set er der gode erfaringer af sekundærforebyggende indsatser for børn og unge med begyndende adfærdsvanskeligheder, som har vist sig meget omkostningseffektive – mere jo tidligere de sættes ind.

LITTERATUR

Ahrén JC. Skolan och ungdomars psykosociala hälsa. SOU 2010:80. Stockholm 2010.

Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennet C. Group based parent training programs for improving parental psychosocial health. *The Campbell Systematic Reviews* 2012;15.

Bremberg S. Hur kan förskolan förbättra barns psykiska hälsa. Folkhälsoinstitutet, Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo 2002.

Bremberg S (red.). New tools for parents. Swedish National Institute of Public Health 2006;15. Stockholm 2006.

Clarke-Stewart KA. Daycare. Harvard University Press. Cambridge MA 1993.

Diderichsen F. Income maintenance policies - determining their potential impact on socioeconomic inequalities in health. I: Reducing inequalities in health: A European perspective. London: Routledge 2002.

Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Inequality in health – determinants and policies. *Scand J Publ Health* 2012;40(Suppl.8):5-105.

Donelan-McCall N, Olds D. Prenatal/postnatal home visiting programs and their impact on the social and emotional development of young children (0–5). I: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDV (red.). Encyclopedia on Early Childhood Development [online]. Centre of Excellence for Early Childhood Development. Montreal 2012.

Dretzke J, Davenport C, Frew E, Barlow J, Stewart-Brown S, Bayliss S et al. The clinical effectiveness of different parenting programs for children with conduct problems: A systematic review of randomized controlled trials. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2009;4;3(1):7.

Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Dev* 2011;82:405-432.

Grandjean P. Only one chance: How environmental pollution impairs brain development. OUP 2013.

Gustafsson J-E, Westling AM, Åkerman AB, Eriksson C, Eriksson L, Fischbein S et al. (2010). School, learning and mental health: a systematic review. Stockholm: The Royal Swedish Academy of Sciences, The Health Committee. Stockholm 2010.

Heckman JJ. Skills formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science* 2006;312:1900-1902.

Helland MJ, Mathiesen KS. 13-15 åringer fra vanlige familier i Norge: hverdagsliv og psykisk helse. Nasjonalt Folkehelseinstitutt Rapport 2009;1. Oslo 2009.

Hjern A, Rajmil L, Bergström M, Berlin M, Gustafsson PA, Modin B. Migrant density and well-being - a national school survey of 15 year old in Sweden. *Eur J Publ Health* 2013;23:823-28.

Hooper C, Thompson M, Laver-Bradbury C. *Child and Adolescent Mental Health – Theory and practice* (2.ed.). Taylor-Francis 2012.

Johnson C, Mindell JA. *Family based intervention for sleep problems of infants and children. I: Sleep and Development – familial and socio-cultural considerations* El-Sheikh M (red). OUP 2011.

Knapp M, McDaid D, Parsonage M. *Mental Health promotion and mental illness prevention. The economic case.* LSE/PSSRU. Department of Health, London 2011.

Lindström K, Lindblad F, Hjern A. *Preterm birth and attention-deficit/hyperactivity disorder in school children.* *Pediatrics* 2011;127:858-865.

Lucas PJ, McIntosh K, Petticrew M, Roberts HM, Shiell A. *Financial benefits for child health and well-being in low income or socially disadvantaged families in developed countries.* *Campbell Systematic Reviews* 2008;16;(2):CD006358.

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A et al. *Suicide prevention strategies. A review.* *JAMA* 2012;294:2064-2074.

Mathiesen KS, Sanson A, Stoolmiller M, Karevold E. *The nature and predictors of undercontrolled and internalizing problem trajectories across early childhood.* *J abnorm child psychol* 2009;37:209-222.

Major EF, Dalgard OS, Mathisen KS, Nord E, Ose S, Rognerud M et al. *Bedre før var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger.* Folkehelseinstituttet Rapport 2011;1. Oslo 2011.

Margalit M. *Prevention and Intervention Approaches. Lonely Children and Adolescents: Self-Perceptions, Social Exclusion, and Hope.* NY Springer Science+Business Media. New York 2010.

Miller S, Maguire LK, MacDonald G. *Home-based child development intervention for preschool children from disadvantaged families.* *The Campbell systematic reviews* 2012;1.

NICE 2012: *Social and emotional wellbeing: early years.* NICE public health guidance 40. 2012.

Nordenbæk C, Jørgensen M, Kyvik KO, Billenber N. *A Danish population based twin study on autism spectrum disorders.* *Eur chil adolesc psyc* 2014;23:35-43.

Nordentoft M. *Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark.* *Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups.* *DMB* 2007;54:306-369.

Nordentoft M, Qin P, Helweg-Larsen K, Juel K. *Restrictions in means for suicide: an effective tool in preventing suicide: the Danish experience.* *Suicid Life Threat Behav* 2007;37:688-696.

Petersen S, Bergström E, Cederblad M, Ivarsson A, Köhler L, Rydell A-M. *Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige.* Kungl. Vetenskapsakademien. Stockholm 2010.

Pihlblad M, Åberg G. *Att främja barns och ungdomars psykiska hälsa.* Karolinska Institutets Folkhälsoakademi 2011:22. Stockholm 2011.

Rasmussen PS, Olsen PS. Positiv adfærd i læring og samspil (PALS). En evaluering af en skole-omfattende intervention på 11 pilotskoler. SFI Rapport, 12:07. 2012.

SBU: Program for att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk litteraturöversikt. Rapport 202. Stockholm 2010.

Silberg J, Rutter M, Neal M, Eaves L. Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety among adolescent girls. *Br J Psychiatry* 2001;179:116-121.

Skala K, Walter H. Adolescence and alcohol: Review of the literature. *Neuropsychiatry* 2013;27:202-211.

Sommer D. Resiliens – forskning, begreber, modeller. *Psyke og Logos* 2011;32:372-394.

Tsuang MT, Stone WS, Faraone SV. Genes, environment and schizophrenia. *Epi neurobiol res* 2001;178:18-24.

Wear K, Nind M. Promoting mental health of children and adolescents through school based interventions. Evidence outcomes. University of Southampton 2011.

Wilson SJ, Lipsey MW. The effects of school based social information processing interventions on aggressive behavior I: Universal programs. *The Campbell Systematic Reviews* 2006;5.

Wilson SJ, Lipsey MW. The effects of school based social information processing interventions on aggressive behavior II: Selected/indicated programs. *The Campbell Systematic Reviews* 2006;6.

SUMMARY

In recent years, there has been increasing national and international recognition of the significance of mental health for the overall well-being and healthy development of the individual, and for the individual's ability to function well socially, educationally, at work and financially. Good mental health (see definitions in Chapter 1) is an important foundation for the well-being and life satisfaction of children and young people, forming a sound basis for their personal, educational and social development. Moreover, mental health problems during this period of life comprise a very large part of the illness burden among children and young people, so there is a pressing need to ensure prevention and treatment for them.

The strong connection between mental health problems early in life, and the incidence of later mental symptoms or disorders are another significant incentive for engagement in this area. Poor mental health contributes to compromising the opportunities for education and work among young people, and it contributes to increasing social inequality in society inasmuch as socially weak young people are particularly exposed to having poor mental health.

In this report, we deal only with mental health problems, despite the fact that we recognise that mental well-being and the positive dimensions of mental health are probably just as decisive factors in the life satisfaction and development of children and young people. The positive dimensions contribute, for example, to giving the child or young person the robustness they need to get on well in everyday life and to successfully confront life's challenges, so that they learn and grow by

confronting them rather than succumbing. However, these positive dimensions have not yet been monitored sufficiently, so there are no nationwide studies that use comparable measurements in this field. This is the most important reason for the report's focus on health problems rather than health in the positive sense.

The purpose of the report is to use published Danish scientific studies to identify the incidence, distribution and development in mental health problems in young people between the ages of 10-24 in Denmark over the last 20 years. The report also attempts to identify the most important factors affecting the mental health of young people and discusses consequences and possible focus areas.

Below, we first give a brief overall conclusion for each of the individual symptoms and disorders whose incidence and distribution are identified in this report. And at the end of this section, you will find our overall conclusion on the basis of this work and our perspectives on it.

Self-assessed health

Between 77-95 % of children and young people between the ages of 10-24 perceive that their health is good or very good, and very few, less than 3 %, perceive their health as being poor. There are slightly more girls than boys who have poor health, but the incidence is low for both girls and boys. A higher percentage assess their health as being good among 15-24-year-olds than among those who are 10-15 years of age, and there is a higher percentage in the highest socioeconomic groups who perceive their health as being good.

Over the last 20 years, there has been a significant decrease in the percentage of children from 11-15 years of age who report their health as being very good, particularly among older schoolchildren. No change was found in the percentage of young people from 16-24 years of age who assessed their health as being good during the same period.

Life satisfaction

Between 6-20 % of 11-15-year-olds perceive that they have a low degree of life satisfaction, while 31-42 % in the same age group are very satisfied with their lives. More of the youngest of the 10-24-year-olds perceive that their life satisfaction is high. But a large percentage of children and young people in the lowest socioeconomic groups have a low level of life satisfaction, and the percentage of 11-15-year-olds who have a high level of life satisfaction has decreased over the last 10 years.

Mental and psychosomatic symptoms

The incidence of mental symptoms (being sad, irritable, in a bad mood or nervous) and psychosomatic symptoms (headache, stomach ache) is relatively high among those who are 10-16 years of age. The weekly incidence of each of these symptoms is between 10-50 %. In the Danish studies, the incidence of the symptoms is higher among girls and young women than among boys and young men. The incidence of symptoms of being sad or having stomach ache decreases with increased age. On the other hand, the incidence of irritability and headache increases with increased age. All symptoms except stomach ache exhibit social differences with the highest incidence of symptoms in the low socioeconomic groups. Identifying developments in the mental and psychosomatic symptoms among 16-24-year-olds over the last 20 years is made difficult by changes in the study methods and the formulation of questions, but more have reported that they are bothered by nervousness

and stress than previously. Among those aged 11-15, there are fewer over the last 20 years who are often sad or irritable and fewer among the youngest of the schoolchildren studied who often experience headaches. There is no change in the incidence of nervousness or stomach ache among those from 11-15 years of age over the last 20 years.

Medicine consumption

Many children and young people take medicine frequently. Between 34-60 % of 11-15-year-olds take medicine for headaches at least once a month; the highest incidence is among 15-year-olds. More girls than boys take medicine for symptoms and the gender difference increases with age. Medicine consumption is highest among children from the lower socioeconomic groups. The likelihood of taking medicine for headaches is 35 % higher among children from low socioeconomic groups than for children from high socioeconomic groups. From 1988 to 2010, there has been an increase in the percentage of 11-15-year-old children and young people who take medicine; for example, the use of medicine for headaches has doubled. There are no figures that can show the development of medicine consumption among 16-24-year-olds over the last 20 years or so.

Stress

Nearly one in five of 10-24-year-olds often feel stressed. While one in four experience stress at least once a week, between 1-8 % of young people experience stress daily. The incidence of stress increases with age, and more girls than boys experience feeling stressed. The incidence of stress is approximately twice as high in the lowest socioeconomic groups as in the highest socioeconomic groups. The incidence of stress among 16-24-year-olds doubled from 1987-2005, especially among young women, and increased further between 2010 and 2013 among young women aged 16-24.

Sleep

Among children, and especially among young people, a large percentage sleep less than is recommended. For example, 75 % of 15-year-olds sleep less than the recommended eight hours a night. Moreover, the quality of the sleep (for example, the ability to fall asleep and the perception of tiredness) is negatively impacted among children and young people. One in ten 11-15-year-olds sleep poorly at night at least once a week, and approximately one in four have difficulty falling asleep. There is no clear social imbalance in the incidence of problems sleeping, but there are some modest indications of such an imbalance. The development shows a marked increase from 1984 to 2010 in the percentage of 11-15-year-olds who sleep less than recommended. The same increasing tendency is seen for a number of other sleep-related problems. For example, in 1988 approximately one in three schoolchildren felt tired in the morning at least once a week, while in 2010 this was the case for three in four. Among 16-24-year-olds, the percentage with sleep problems and tiredness also increased dramatically.

Loneliness

Between 5-18 % of children and young people in Denmark feel lonely. The incidence is highest among girls and it increases throughout childhood and youth. There is a tendency for loneliness among children and young people to be highest among those in the lowest socioeconomic groups. The incidence of loneliness among young people did not change between 1988 and 2010, either as a whole or in sub-groups divided by gender and age.

Self-harm

New Danish questionnaire surveys show that between 20-25 % of young people have tried to harm themselves. There is no major difference between how many girls and boys have tried to harm them-

selves, but boys seem to harm themselves more frequently than girls. There is a lack of information about the social pattern for self-harm, but there are studies that indicate that the frequency of self-harm is higher among young people who have had a traumatic childhood, who are homosexual, or who have a vulnerable character or a psychiatric diagnosis. The condition is called the "new mental illness"; however, it is not certain that there has been an increase in the percentage of cases of this condition over the last 20 years.

ADHD

ADHD is regarded as the most frequent psychiatric diagnosis among children. Among 10-24-year-olds in Denmark today, it is estimated that approximately 5 % of the boys and 2 % of the girls have been given the diagnosis while growing up. International studies estimate that 3-5 % fulfil the diagnostic criteria. The ADHD diagnosis is given to boys more frequently, but ADHD symptoms are reported equally frequently for teenage boys and girls. There are more in low socioeconomic groups who are diagnosed with ADHD. The incidence assessed on the basis of diagnosis shows a dramatic increase over the last 15 years, and in Denmark there has been at least a tenfold increase in medication for ADHD over the last 10 years. The extent to which there has been a real increase in incidence is not certain, or whether the increased incidence is due to administrative conditions of an organisational nature, such as changes in local authority practice or an increased capacity in child psychiatry.

Autism spectrum disorders

Autism is one of the most serious developmental disorders among children and young people. Over the last 20 years, there has been an increase in diagnosed cases from a few per thousand to approximately one per cent. The increase is

probably primarily due to developments in diagnostic practice and treatment capacity. Autism is four times more frequent among boys than girls. Foreign studies have shown a higher incidence of autism in families with high socioeconomic status, but the connection may be an expression of unequal access to the health care system. In Denmark, there are no signs of significant social imbalance with regard to this diagnosis.

Emotional disorders

Emotional disorders include anxiety and depression, which are often described together in children and young people, and obsessive-compulsive disorder (OCD) is also classified in this group.

There are few references to the incidence of emotional disorders among children and young people in Denmark in the literature, but the incidence of anxiety and depression is stated as being between approximately 1.5 % and 4 %, and the incidence of OCD as being between 0.5 % and 4 % in normal classes. There has been an increase in both affective disorders (depression and mania) and in the percentage of children and young people with diagnosed anxiety problems over time. Anxiety symptoms manifest themselves more frequently in childhood than depression symptoms, which often make their debut in puberty. Studies have shown that children and young people who grow up in families with lower socioeconomic status have emotional problems more often. There are no studies that show whether there has been a development in the incidence of OCD, and neither is it known whether the incidence of OCD varies between socioeconomic groups.

Behavioural disorders

The concept of behavioural disorder covers a broad spectrum of different types of asocial behaviour. This contributes to making it difficult to estimate the incidence. Therefore, there are no

valid figures for incidence in Denmark. Studies in other Western countries have resulted in estimated frequencies for actual behavioural disorders to be 1-5 % for girls and 4-14 % for boys when focusing on the age group of 10-24. There is reason to believe that the incidence is generally underestimated in girls because a large part of problematic behaviour here may seem less obvious to adults. There are no Danish figures that document the incidence over time, but international studies indicate a more or less constant incidence of behavioural disorders over the last couple of decades. Behavioural disorders are more frequent in the lowest socioeconomic groups.

Eating disorders

Eating disorders are most frequent among girls and young women. Anorexia occurs in approximately 0.5 % of Danish girls and women, 2 % have bulimia, and 3 % suffer from overeating. The incidence of anorexia in boys and men is significantly lower than in girls and women; the ratio is probably 1:10. The literature does not indicate whether the illnesses are found especially among children and young people from families with a specific social profile. Danish studies indicate that the incidence of bulimia and anorexia increased during the 1990s and the beginning of the 2000s. There are no studies that document developments over the last 10 years for the individual eating disorder diagnoses. With regard to the diagnosis for eating disorders as a whole over the period of 2001-2011, there has been an increase in the number of children and young people undergoing treatment either as out-patients or by hospitalisation. It is not clear whether this increase reflects an increase in the number becoming ill, the number seriously affected, and/or the number now being treated in the health sector for this illness.

Psychosis

The most common symptoms of psychosis are hearing hallucinations and delusions of persecution. The so-called negative symptoms, i.e. social withdrawal, loss of energy, interest and vitality, and reduced cognitive functions, are the most significant for the prognosis. In 2012, 0.1 % of young people who were 10-24 years old were hospitalised or in contact with out-patient units due to the development of psychosis. This is twice as many as a decade before, possibly because the treatment options have improved and treatment capacity has expanded significantly. Approximately 40 % more boys and young men develop psychoses than girls. There are studies that indicate that there are more being treated for psychosis from both high and low socioeconomic groups. Early action and awareness of complicated abuse are crucial with regard to preventing the illness becoming chronic.

Suicidal behaviour

Suicide is rare among children and young people. In recent years, there have been approximately 30 suicides a year in the age group of 10-24 in Denmark. Three times as many boys and young men committed suicide as girls and young women, and the incidence increases with increasing age. The number of suicides committed dropped by approximately 70 % between 1980 and 2010. On the other hand, the incidence of suicide attempts is greater among girls and young women than among boys and young men. In recent decades, the incidence has increased for both genders, but has been most pronounced among young girls, where the number of suicide attempts has trebled. Suicide and suicide attempts are most widespread in the lowest socioeconomic groups.

Causes and prevention potential

The negative development that we find in a number of symptoms and disorders in the mental

health of children and young people has immediate consequences for the young people and their families. In the longer term, it may also have serious consequences for the social and educational opportunities of the young people and for their relationship to and success in the job market. It is therefore crucial that more goal-oriented actions be taken to improve mental health among children and young people in Denmark.

It has been well documented that children and young people have an increased risk of developing mental health problems if they:

- › grow up in poverty,
- › grow up with parents who suffer from mental illness or abuse,
- › are exposed to neglect, abuse or ill-treatment,
- › have poor emotional contact with parents during the first 18 months of life,
- › are refugees or have parents who are refugees who have had traumatic experiences,
- › are marginalised or socially isolated with regard to local society or school,
- › or their family have been exposed to many social strains and violent life experiences.

Actions that are to be preventive with regard to the development of mental health problems in children and young people should be aimed at reducing the incidence of the above risk factors for mental health problems, limiting their vulnerability with regard to the risk factors in question, and looking for and treating early symptoms and stages. There is a broad spectrum of actions that could be taken, including: 1) Ensuring that child care centres engage in quality pedagogical practices; 2) Developing schools that promote health, where, for example, the children learn to master school work and are not bullied; 3) Home visits by health visitors who can identify environments that present

a risk to the child due to the social and health problems of the parents. The effects of these actions are generally small to moderate, but they can be relevant and cost effective anyway, because they reach a large group or a group of particularly vulnerable children and young people.

Overall conclusion

When we look at developments in mental health among children and young people over the last 20 years, there are a few bright spots: the development of mental and psychosomatic symptoms has not increased during this period, and the percentage of young people who commit suicide has decreased by 70 %. On the other hand, with regard to all the other indicators for the mental health of children and young people, developments over the last 20 years have been negative. The incidence of stress has more than doubled, and young women who are 16-24 years of age are the section of the population that is hardest hit. The incidence of sleep problems of all kinds has increased dramatically among 10-24-year-olds, and medicine consumption, especially headache medicine, has increased dramatically during this period among the 11-15-year-olds, where studies of the development over time have been possible.

With regard to mental disorders among 10-24-year-old Danish children and young people, it has been difficult to find comparable studies, which can directly describe developments over time. Most figures for the development of mental disorders among children and young people are therefore based on registered information on the number of children and young people with diagnoses or who use illness-specific medicine. The most significant changes include the use of ADHD medicine, which shows a ten-fold increase over the last 15 years, a dramatic increase in the number of children and young people who are

diagnosed as being autistic, a doubling of the incidence of psychoses over the last 10 years, and a dramatic increase in suicide attempts by young girls, corresponding to a trebling of the incidence. Moreover, emotional disorders, such as anxiety and depression, have shown an increase in diagnosed cases, and the same applies to bulimia. Only in the case of behavioural disorders and anorexia can no increased incidence be documented.

There is a high probability that part of the basis for the dramatic increases in the incidence of mental disorders among 10-24-year-olds is due to an actual negative development in the mental health of children. But it is important to take into consideration the significance of the increased focus that there has been on this area in recent years, and the increased capacity in child and adolescent psychiatry. Both factors will mean an increase in diagnosed and treated cases solely due to the increased availability of treatment, without necessarily being due to an actual increase in the incidence of the individual disorders.

For most mental and psychosomatic symptoms, the incidence is often higher among girls and young women than among boys and young men, but when it comes to a number of the most severe mental disorders, the opposite is the case. For example, the incidence of ADHD, autism, psychosis and suicide is three to five times higher among boys and young men.

The well-known social pattern of an increased incidence of health problems in low socioeconomic groups is confirmed in the report for a large majority of mental and psychosomatic symptoms. Only sleep problems do not follow this pattern, and the social distribution of self-harm has not been studied. On the other hand, the social patterns for mental disorders are less clear. Emotional

disorders, suicides and suicide attempts are more frequent in low socioeconomic groups, while psychoses occur more frequently in both high and low socioeconomic groups, and autism shows no correlation with socioeconomic groups. In the case of ADHD and eating disorders, there is a lack of studies of the social correlations.

The fact that the incidence of mental health problems among children and young people appears to be increasing at a time when, in fact, a lot is being done, should not be allowed to obscure the fact that there are many preventive activities which, in the light of current knowledge, must be assessed as being effective – which should be a motivating factor for their more widespread implementation. In some areas, this report has had to base its conclusions on a relatively limited amount of data, and some areas lack data that can clarify the problems fully, so that we have had to refrain from coming to conclusions. To make it possible to follow developments and assess the effect of any actions, it is crucial that data and studies that can be used to monitor developments over time are supported and qualified.

ORDLISTE

Association = kan beskrives ved at undersøge, hvor stor risikoen er for, at en eksponering/intervention giver et bestemt udfald i én gruppe og sammenligne det med risikoen for det samme udfald i en anden gruppe, som ikke har været udsat for den pågældende eksponering/intervention. At der er en association mellem en eksponering/intervention og et udfald, er ikke det samme som, at der også er en årsagssammenhæng mellem dem. I mange tilfælde vil det være vanskeligt at afgøre, hvornår de hændelser, man måler på, er indtruffet, og man kan derfor ikke vide, hvad der fører til hvad.

Befolkningsundersøgelse (Survey-undersøgelse) = I survey-undersøgelser indsamles informationer om f.eks. en sygdoms forekomst i en befolkningsgruppe på et bestemt tidspunkt. Nogle af disse studier kaldes også prævalensstudier eller befolkningsundersøgelser. Informationerne indsamles via f.eks. telefoninterview, postomdelte eller online spørgeskemaer eller registre. Deltagerne i en survey-undersøgelse skal være repræsentativt udvalgt i forhold til den befolkningsgruppe, man ønsker at kunne sige noget om.

Eksponering = kan f.eks. være rygning eller alkohol. Ofte kaldes sådanne eksponeringer også risikofaktorer, fordi de øger risikoen for et eller flere udfald, f.eks. at få kræft eller at dø.

Epidemiologiske undersøgelser = Epidemiologiske studier er undersøgelser på grupper af personer, der kan være observerende (hvor undersøgeren blot observerer sammenhænge) eller interventionsstudier (hvor designet indebærer en eller anden form for påvirkning af deltagerne). De observerende undersøgelser opdeles på baggrund

af, hvorledes de personer, der indgår, adskiller sig i relation til en bestemt eksponering (i eksempelvis kohortestudier), eller på baggrund af et bestemt outcome, f.eks. tyktarmskræft. I case-kontrolstudier tages der således udgangspunkt i en gruppe syge, hvis eksponeringsforhold sammenholdes med eksponeringsforholdene i en stikprøve fra den befolkning, hvor de syge kom fra. I alle observerende undersøgelser, såvel i follow-up (kohorte)-undersøgelserne som i case-kontrolstudier, er der mulighed for, at de grupper, der selv har valgt en given eksponering, også adskiller sig på andre områder. Dette vil man forsøge at tage højde for i analyserne.

Incidens = Hyppighed af nye sygdomstilfælde (f.eks. overbelastningsskader) eller dødsfald. Incidens udtrykkes oftest som andelen af en undersøgt befolkningsgruppe, der er blevet syge eller er døde i løbet af den periode, de er blevet fulgt. Det korrekte udtryk vil her være kumuleret incidensproportion, der beskriver antal nye sygdomstilfælde, der er opsamlet (kumuleret) gennem en periode. Det kan også udtrykkes som incidensrate, der beskriver den hastighed hvor nye sygdomstilfælde eller dødsfald opstår i den periode en befolkningsgruppe er blevet fulgt.

International Classification of Diseases (ICD) = det mest omfattende af de internationalt anvendte diagnosesystemer. ICD beskriver ud over psykiske lidelser også fysiske sygdomme og skader. Det er udgivet af Verdenssundhedsorganisationen og anvendes bl.a. i Danmark til sygehusstatistik. Hertil er det velegnet, netop fordi det indeholder koder for hele spektret af fysiske og psykiske problemstillinger. Den nyeste udgave, ICD-10, kom i 1992. Fra

1995 har diagnoser stillet på sygehuse i Danmark skullet registreres efter dette system.

Intervention = betyder indsats og anvendes f.eks. om indsatser, hvor forskere styrer og studerer, hvad deltagerne udsættes for. Det kunne f.eks. være et rygestopkursus, og udfaldet kunne i så fald være, om man stadig ryger et år efter, man har deltaget i kurset. En intervention kan også være en medicinsk behandling, som skal afprøves.

Interview = Interviewene kan gennemføres mellem forskere og en enkelt person eller en gruppe af mennesker. Man taler om strukturerede, semistrukturerede eller fokuserede interview, alt efter hvor fastlagt interviewer har valgt, at interviewet skal være. Interview med en gruppe bliver oftest omtalt som et fokusgruppeinterview, hvor en del af formålet er at benytte sig af den dynamik, som opstår, når flere mennesker er sammen og taler om det samme emne.

Kognitiv terapi = en psykotераpeutisk retning inden for hvilken tænkningen er det centrale mål for den terapeutiske indsats. I den kognitive terapi er der udviklet specialiserede behandlingsmetoder og teoretiske modeller rettet mod de enkelte former for psykiske lidelser. Behandlingen kan både foregå individuelt og i grupper og kan omhandle en række problemstillinger, herunder ændring af uhensigtsmæssig adfærd.

Kohorte = En gruppe af mennesker, der i en undersøgelse følges over tid.

Kohortestudie = I kohortestudier ønsker man at kigge frem i tiden. Derfor tager man udgangspunkt i informationer om eksponeringer i den undersøgte befolkningsgruppe, og derefter ser man sygdomstilfælde eller dødsfald (udfald). Kohortestudier kaldes også followupstudier, da

man følger en gruppe mennesker (en kohorte) over et tidsrum. Ved periodens afslutning sammenlignes forskellige faktorer for de personer, der fik en sygdom eller døde, med de personer, som ikke havde dette udfald.

Longitudinelt studie = I et longitudinelt studie indsamles af flere omgange den samme form for data for den samme gruppe deltagere over en given tidsperiode.

Perceived stress scale (PSS) = er en valideret skala til måling af stress og håndtering af stress. Skalaen måler oplevelsen af stress inden for den seneste måned ved hjælp af ti spørgsmål, der handler om, i hvilket omfang svarpersonen oplever sit liv som uforudsigeligt, ukontrollerbart og belastende, og om han eller hun føler sig nervøs eller stresset. Skalaen går fra 0 til 40. Jo højere score, desto højere grad af stress. Andelen med et højt stressniveau bliver fundet ved at tage de 20 % af mænd og kvinder, som oplever det højeste stressniveau, hvilket er $PSS \geq 15$ for mænd og $PSS \geq 17$ for kvinder, da kvinder scorer højere på skalaen sammenlignet med mænd. Forekomsten af stress målt ved PSS er således defineret på forhånd, som 20 % der oplever høj stress. Skalaen kan derfor ikke anvendes til bestemmelse af forekomster.

Prævalens = Antallet af personer med en given sygdom (f.eks. overbelastningsskade) på et givet tidspunkt i en befolkningsgruppe. Oftest vil prævalens være udtrykt som andelen af en undersøgt befolkningsgruppe, der har en sygdom på et bestemt tidspunkt. Kaldes også prævalensproportion.

Randomisering = Betyder lodtrækning. Man fordeler undersøgelsesdeltagerne helt tilfældigt i forskellige grupper for at sikre, at grupperne er så ens som muligt med hensyn til alle kendte og ukendte faktorer. Herved undgår man konfounding.

Review = I systematiske forskningsoversigter opsummeres resultaterne af enkeltstudier. Derfor kaldes denne type artikler også oversigtsartikler eller reviews, som det hedder på engelsk.

Signifikans = Ved hjælp af beregninger kan man vurdere, om et resultat er statistisk signifikant. Det betyder, at den observation eller sammenhæng, som har været undersøgt, ikke er tilfældig. Statistisk signifikans betyder med andre ord, at man kan være mere sikker på, at resultatet sandsynligvis afspejler virkeligheden. Denne sandsynlighed angives som regel ved en p-værdi.

Socialklasse (socialgrupper, socioøkonomisk position) = gruppering af individer i kategorier ud fra forskelle i alment eftertragtede sociale kendetegn, herunder den erhvervmæssige position i bestemte kombinationer med uddannelsesniveau og antal underordnede eller ansatte. Inddelingen afgrænser fem socialgrupper: 1) akademikere, store selvstændige og topfunktionærer, 2) personer med mellemlang videregående uddannelse, større selvstændige og højere funktionærer, 3) mindre selvstændige og mellemfunktionærer, 4) underordnede funktionærer og faglærte arbejdere og 5) ikke-faglærte arbejdere.

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) = internationalt anvendt diagnosesystem der er udgivet af det amerikanske faglige selskab for psykiatri (American Psychiatric Association). Det omhandler alene psykiske lidelser, men har til gengæld mere præcise beskrivelser af, hvad de enkelte diagnoser omfatter. Blandt andet derfor er det næsten altid dette system, der bruges i forskningsmæssige sammenhænge. Det betyder så også, at vores viden om først og fremmest behandlingsindsatser i høj grad er knyttet til de diagnostiske afgrænsninger, der her er angivet. Den seneste udgave, DSM-5, kom i 2013.

The Peer Networks and Dyadic Loneliness Scale (PNDLs) = en skala, der består af 16 spørgsmål, og som betragter ensomhed som sammensat af to dimensioner; emotionel og social ensomhed.

The Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA-S) = en skala der belyser graden af oplevet ensomhed i forhold til tre forskellige typer domæner; de nære familierelationer, intime kæresteforhold samt social ensomhed, som f.eks. er savnet af venner.

UCLA Loneliness Scale = en skala, der består af 20 spørgsmål, som måler ensomhed som én samlet følelse.

APPENDIKS 1

RAPPORTENS DATAGRUNDLAG

I dette appendiks kan der læses mere om de forskellige danske undersøgelser, der danner baggrund for denne rapport's kortlægning af forekomst, fordeling og udvikling i psykiske symptomer og lidelser. Nedenfor følger først en kort beskrivelse af de undersøgelser, der primært er anvendt i kapitel 3-4 om psykiske symptomer (tabel A1.1). Dernæst en beskrivelse af datagrundlaget i kapitel 5 om de psykiske lidelser.

→ **TABEL A 1.1**

Oversigt over danske undersøgelser anvendt i kapitel 3-4 til belysning af forekomst, fordeling og udvikling over tid i psykiske symptomer.

UNDERSØGELSENS NAVN	UNDERSØGELSESDSIGN
SKOLEBØRNSUNDERSØGELSEN (RASMUSSEN OG DUE 2011)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Undersøgelsen er en repræsentativ spørgeskema-baseret undersøgelse af 11-, 13- og 15-årige danske skolebørn. Data omhandler de unges sundhed, trivsel og sundhedsadfærd, og undersøgelsen gentages hvert 4. år, og omfatter mere end 4.000 skolebørn ved hver dataindsamling. Svarprocenten ligger mellem 96-98 % af de elever, som er tilstede den dag undersøgelsen gennemføres. Den første dataindsamling blev foretaget i 1984, og data kan derfor beskrive udviklingen i unges sundhed og adfærd de sidste 30 år. Desuden er Skolebørnsundersøgelsen den danske del af den internationale undersøgelse "Health Behaviour in School-aged Children", og data er derfor sammenlignelige med data fra 43 europæiske og nordamerikanske lande.
BØRNS SUNDHED VED SLUTNINGEN AF SKOLEALDEREN (PETERSEN ET AL. 2000)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Undersøgelsen omfatter oplysninger om elevers sundhed, livsstil, trivsel og funktion i grundskolens ældste klasser. Undersøgelsen omfatter et repræsentativt udsnit af elever i Danmark, der har været til den afsluttende lægeundersøgelse i 8. eller 9. klasse i skoleåret 1996/97. Resultaterne bygger på oplysninger fra lægen, eleven selv og klasselæreren. Undersøgelsen omfatter i alt 23 kommuner, 134 skoler og 3.458 børn.
UNGESHVERDAG.DK (HANSSON OG VINTHER-LARSEN 2008)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ungeshverdag.dk er et landsdækkende forløbsstudie, hvor alle landets 7. klasseelever i 2005 blev inviteret til at deltage. Undersøgelsen handler om livet i skolen, i familien og i fritiden og har særlig fokus på de unges sundhedsadfærd. Undersøgelsen gennemføres som et internetbaseret spørgeskema, som eleverne besvarer én gang om året i 7., 8. og 9. klasse. I 2005 deltog 12.498 elever fra 7. klasse, i 2006 deltog 7.965 elever i 8. klasse og i 2007 deltog 5.279 elever fra 9. klasse. I alt er 3.118 unge fulgt over alle tre år.

<p>ENSOM I GYMNASIESKOLEN - EN LANDSDÆKKENDE UNDERSØGELSE AF ENSOMHED HOS UNGE PÅ DE ALMEN- OG ERHVERVS-GYMNASIALE UDDANNELSER (LASGAARD OG KRISTENSEN 2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> › Undersøgelsen bygger på landsdækkende spørgeskemadata blandt 1009 førsteårselever på almengymnasiale og erhvervsgymnasiale ungdomsuddannelser. Svarprocenten var på 85 %. Undersøgelsens hovedformål var at belyse ensomhed hos unge på gymnasiale uddannelser, og spørgeskemaet indeholdt bl.a. oplysninger om de unges sociodemografiske forhold, ensomhed og mistrivsel.
<p>MENTAL SUNDHED 2009 - AT FØLE MAN ER NOGET VÆRD (HANSEN 2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> › Undersøgelsen bygger på spørgeskemaoplysninger fra Børnerådets børne- og ungepanel. Disse paneler har eksisteret siden 1998. Panelet til denne undersøgelse, bestod på dataindsamlingstidspunktet af 1156 børn i 7. klasse. Danmarks Pædagogiske Universitets skole udtrækker panelklasserne ved en randomiseret stikprøve. Panelet udgør et repræsentativt udsnit af børn i 7. klasse.
<p>UNGES TRIVSEL ÅR 2008 (HELWEG-LARSEN ET AL. 2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> › Undersøgelsen omfatter et repræsentativt udsnit af danske unge i 9. klasse, og indeholder svar fra 3.976 unge, hvilket svarer til 94 % af de adspurgte. Den blev gennemført i 2008, som et computerbaseret spørgeskema, og er en opfølgning på en tilsvarende undersøgelse i 2002. Undersøgelsens overordnede formål var bl.a. at undersøge, hvad seksuelle overgreb og vold mod børn og unge kan betyde for de unges trivsel.
<p>UNDERSØGELSE AF 11-15-ÅRIGES LIVSSTIL OG SUNDHEDSVANER (SUNDHEDSSTYRELSEN 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> › Undersøgelsen bygger på spørgeskemaoplysninger fra et repræsentativt udsnit af skoleelever på 5.-10. klassetrin (siden 2006 skoleelever på 5.-9. klassetrin). Undersøgelsen er blevet gennemført af Sundhedsstyrelsen hvert år fra 1997-2006, men derefter først igen i 2008. I 2008 deltog 2.821 elever, hvilket giver en svarprocent på 96 %.

<p>BØRN OG UNGE I DANMARK. VELFÆRD OG TRIVSEL 2010 (OTTOSEN ET AL. 2010)</p>	<p>› Undersøgelsen er en panelundersøgelse, så de samme børn kan følges ved gentagne undersøgelser hvert fjerde år. Den omhandler den danske børnebefolknings velfærd og trivsel, og er designet som en indikatorundersøgelse. Den anvender både registerbaserede data fra Danmarks Statistik og data fra en omfattende spørgeskemaundersøgelse. Data blev indsamlet første gang i 2009 blandt 6.267 børn og unge i alderen 3-19 år. Den samlede svarprocent var på 64,5 %.</p>
<p>ENSOM BLANDT ANDRE – EN PSYKOLOGISK UNDERSØGELSE AF ENSOMHED HOS UNGE I DANMARK (LASGAARD 2010)</p>	<p>› Undersøgelsen bygger på spørgeskemadata blandt et repræsentativt udsnit af elever i 8. klasse. Der deltog i alt 379 elever fordelt på 22 skoler med mindst en fra hver region. Undersøgelsen havde en svarprocent på 90 %. Eleverne svarede på spørgsmål om ensomhed, målt med forskellige anerkendte måleredskaber.</p>
<p>NÅR DET ER SVÆRT AT VÆRE UNG I DK - UNGES TRIVSEL OG MISTRIVSEL I TAL (NIELSEN ET AL. 2010)</p>	<p>› Undersøgelsen præsenterer resultaterne fra en stor spørgeskemaundersøgelse om trivsel og mistrivsel blandt 15-24-årige unge i Danmark. Undersøgelsen bygger på telefoninterviews med 3.481 unge, der udgør et repræsentativt udsnit af alle 15-24-årige unge i Danmark. Data er indsamlet i 2008/2009.</p>
<p>15-ÅRIGES HVERDAGSLIV OG UDFORDRINGER. RAPPORT FRA FEMTE DATAINDSAMLING AF FORLØBSUNDERSØGELSEN AF BØRN FØDT I 1995 (BØRNEFORLØBSUNDERSØGELSERNE) (OTTOSEN 2012)</p>	<p>› Undersøgelsen er en forløbsundersøgelse, hvor et repræsentativt udsnit af børn født i 1995 blev udvalgt til at deltage. Data er indsamlet gennem interviews, og den seneste undersøgelse fandt sted i 2011 og omfattede 4.321 børn. Dette giver en svarprocent på 76,4 % af den aktuelle stikprøve. Undersøgelsen omfatter oplysninger om børnenes generelle trivsel, udvikling og hverdagsliv. Der har fundet dataindsamlinger sted i 1996, 1999, 2003, 2007 og 2011. Frem til 2007 er det mødrene, der har givet oplysninger om forhold ved børnene, mens børnene selv er blevet spurgt i de indsamlinger, der fandt sted i 2007 og 2011, da børnene var hhv. 11 og 15 år gamle.</p>

BRUGER SKOLEBØRN TIDEN HENSIGTSMÆSSIGT? - OM SØVN, SPISNING, MOTION, SAMVÆR OG TRIVSEL (BONKE OG GREVE 2013)	<ul style="list-style-type: none"> › Undersøgelsen anvender hovedsageligt oplysninger fra den danske tidsanvendelsesundersøgelse 2008/09. Denne undersøgelse er baseret på et tilfældigt udsnit på ca. 6.000 personer af den danske befolkning i alderen 18-74 år. Der var en svarprocent på 67 %. Data er indsamlet gennem spørgeskemaer og interviews.
KØBENHAVNERBAROMETERET (THEILGÅRD OG MATTHIESEN 2013)	<ul style="list-style-type: none"> › Københavnerbarometeret er en spørgeskemaundersøgelse, som gennemføres elektronisk på samtlige af kommunens alment skoler blandt elever i 4.-9. klasse. Undersøgelsen omfatter bl.a. oplysninger om elevernes tilfredshed med skolen, almene trivsel og mobning. Undersøgelserne er blevet gennemført hvert år siden 2008. I den seneste undersøgelse fra 2013, besvarede 13.134 elever spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 77,7 %.
DEN NATIONALE SUNDHEDSPROFIL/SUNDHEDS- OG SYGELIGHEDSUNDERSØGELSE (CHRISTENSEN ET AL. 2010, 2012, 2014)	<ul style="list-style-type: none"> › Undersøgelserne er et spørgeskemabaseret studie blandt et repræsentativt udsnit af 16-årige og opetter i Danmark. Undersøgelsen har bl.a. til formål at beskrive forekomst og fordeling af sundhed og sygelighed i befolkningen. Den første dataindsamling blev foretaget i 1987, og data er siden indsamlet i 1994, 2000, 2005, 2010 og 2013. I år 2010 og 2013 har Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne været indlejret i den Nationale sundhedsprofil. I 2013 indgik data om 162.283 danskere, hvilket svarer til 54 % af de adspurgte.

Når det gælder de mere alvorlige psykiske lidelser, som er beskrevet i rapportens kapitel 5, består datagrundlaget af både diagnostiske udredninger og spørgeskemaundersøgelser. Vi har også i kapitel 5 inddraget forældrebesvarede data, idet de ofte sammen med professionelle vurderinger og de unges egne udsagn udgør fundamentet for diagnosticering af den unges psykiske lidelse. Grunden til, at den diagnostiske udredning sjældent er nok i sig selv, er, at den kun gennemføres i et mindretal af de tilfælde, hvor betingelserne for at tale om psykisk lidelse egentlig er opfyldt (Ford et al. 2003, Petersen og Bilenberg 2003). Herudover regi-

streres i Danmark kun de diagnoser, der stilles på hospitalsafdelinger og ikke dem, der f.eks. stilles af praktiserende speciallæger. Ved nogle lidelser er medicinsk behandling, som også registres centralt, en bedre indikator for forekomsten. For at få et indtryk af den samlede hyppighed af psykiske lidelser blandt børn og unge, er man derfor henvist til befolkningsundersøgelser. Her indsamles ved brug af spørgeskemaer eller interviews oplysninger om, hvordan børnene og de unge klarer hverdagen og hvilke symptomer og afvigende adfærdstræk, der eventuelt optræder. Denne type undersøgelser har dog som før nævnt ofte den begrænsning, at

langt fra alle deltager. Det er væsentligt at være opmærksom på, at diagnoser stilles ved længe-revarende vanskeligheder hos børn og unge, og at der altid indgår oplysninger fra forældre og som regel også fra lærere, pædagoger eller andre med kendskab til barnets eller den unges hverdag. Herved adskiller børne- og ungdomspsykiatrien sig fra voksenpsykiatrien, der i langt højere grad bygger på oplysninger fra patienten selv. Dette krav om flere informanter er vanskeligt at opfylde i forbindelse med befolkningsundersøgelser. Det har betydning, da forekomsten af de forskellige lidelser vil variere afhængigt af, om de baseres på oplysninger, som overvejende stammer fra de unge selv, fra forældre eller fra lærere.

Datagrundlaget for kapitel 5 om de psykiske lidelser består primært i danske nationale registre der omfatter diagnoser, dødsårsager og medicinering. Eksempelvis det Psykiatriske centralregister, der indeholder oplysninger om indlæggelser på psykiatriske afdelinger siden 1969, og som siden 1995 også har registreret ambulante kontakter og skadestuekontakter. Vi har i Danmark siden midt i 90'erne registreret både ambulante diagnoser og indlæggelsesdiagnoser med WHO's internationale diagnosesystem (på engelsk kaldet International Classification of Diseases (ICD) (WHO 1993), hvoraf den seneste version 10 kaldes for ICD-10. Registreringen er foregået i det psykiatriske patientregister (Munk-Jørgensen og Mortensen 1997, Andersen et al. 1999). Især i forbindelse med afsnittet om ADHD har vi anvendt data fra den danske receptdatabase, som omfatter alle danske indløste recepter ligeledes fra samme periode. Fra Skolesundhed.dk har vi anvendt selvrappede data fra skoler i en række danske kommuner, som anvender denne web-plattform til understøttelse af deres arbejde med sundhed i skolerne (Herner et al). Knap 12.000 børn fra Favrskov, Holstebro, Ikast, Brande, Kolding, Middelfart,

Nordfyn, Nyborg, Odense, Sønderborg, Tønder, Varde, Vejen og Vordingborg har bidraget med data SDQ scorer til dette kapitel. Yderligere information om skolesundhed.dk kan findes på info.skolesundhed.dk.

LITTERATUR

- Andersen TF, Madsen M, Jorgensen J, Mellemkjoer L, Olsen JH. The Danish National Hospital Register. A valuable source of data for modern health sciences. *Dan Med Bull* 1999;46:263–268.
- Bonke J, Greve J. Bruger skolebørn tiden hensigtsmæssigt? – Om søvn, spisning, motion, samvær og trivsel. Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag. København 2013.
- Christensen AI, Davidsen M, Kjølner M, Juel K. Mental sundhed blandt voksne danskere. Sundhedsstyrelsen. København 2010.
- Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 og udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København 2012.
- Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013. Sundhedsstyrelsen. København 2014.
- Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-Year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44(10):972-986.
- Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(10):1203-1211.
- Goodman A, Gatward R. Who are we missing? Area deprivation and survey participation. *Eur J Epi* 2008;23(6):379-387.
- Hansen SG (red.). Mental sundhed 2009 – at føle man er noget værd. Børnerådet. København 2009.
- Hansson LN, Vinther-Larsen M. Unges hverdag. Ungeshverdag.dk undersøgelsen. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København 2008.
- Helweg-Larsen K, Schütt NM, Larsen HB. Unges trivsel år 2008 – en undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb og vold i barndom og tidlig ungdom. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk universitet. København 2009.
- Herner EB, Coolidge J, Obel C. Municipal health services web-based tools. *Ugeskr Læger* 2012;19;174(12):800.
- Lasgaard M, Kristensen N. Ensom i gymnasieskolen: En landsdækkende undersøgelse af ensomhed hos unge på de almene- og erhvervsgymnasiale uddannelser. *Ventilen*. København 2009.
- Lasgaard M. Ensom blandt andre – En psykologisk undersøgelse af ensomhed hos unge i Danmark. *Ventilen*. Aarhus 2010.
- Munk-Jorgensen P, Mortensen PB. The Danish Psychiatric Central Register 1997. *Dan Med Bull* 44:82–84.
- Nielsen JC, Sørensen NU, Ozmec MN. Når det er svært at være ung i DK - unges trivsel og mistrivsel i tal. Center for Ungdomsforskning, København. Institut for uddannelse og Pædagogik Aarhus Universitet. Aarhus 2010.

Ottosen MH, Andersen D, Lausten M, Nielsen LP, Stage S. Børn og Unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2010. SFI – Det nationale forskningscenter for Velfærd. København 2010.

Ottosen M. 15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra femte dataindsamling af forløbsundersøgelsen af børn født i 1995. SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd. København 2012.

Petersen T, Nielsen A, Paludan M, Rasmussen S, Madsen M. Børns sundhed ved slutningen af skolealderen – en undersøgelse blandt elever i 8. og 9. klasse i 1996/1997. Statens Institut for Folkesundhed. København 2000.

Petersen DJ, Bilenberg N. Forekomsten af børnepsykiatriske sygdomme hos danske 8-9-årige børn. Ugeskr Laeger 2003;165(40):3822-3825.

Petersen DJ, Bilenberg N, Hørder K, Gillberg C. The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8- to 9-year-old children. Eur Child Adolesc Psychiatry 2006;15(2):71-78.

Rasmussen M, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2010. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København 2011.

Sundhedsstyrelsen. Undersøgelse af 11-15-åriges livsstil og sundhedsvaner 1997-2008 (www.sst.dk). København 2010.

Theilgård L, Mathiesen K. Københavnerbarometeret 2013 (www.bufnet.kk.dk). Københavns Kommune, Børne- og Ungdomsforvaltningen 2013.